



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
O LUGAR DA FONOAUDIOLOGIA NO SUS: INSUFICIÊNCIA, DISPARIDADE E PARADIGMA DE SAÚDE	835
ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE PRIMÁRIA NO INTERIOR DO CEARÁ	838
PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE SUAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO À EQUIPE E COMUNIDADE	842
ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA, MANAUS/AM	845
MÉTODO MONFORT: MÉTODO DE REABILITAÇÃO INÉDITO UTILIZADO NA HIDROTERAPIA	848
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS DE TRAUMAS DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS EM ADOLESCENTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO AMAZONAS	851
PARCERIA SAÚDE-COMUNIDADE: A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE	854
AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO ATO DE AMAMENTAR PELA PRIMIGESTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	857
A PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS SERVIÇOS DE CONSULTÓRIOS NA RUA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: BREVES REFLEXÕES SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO	860
OFICINA TERAPÊUTICA DE CARIMBÓ: UMA ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM CAPS.	864
PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO RIBEIRINHO, CADASTRADO NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL-PARINTINS AMAZONAS	868
TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: MOVIMENTOS DE DESCONSERTÂNCIA, DESCOBERTA E ALEGRIA DE UM TERRITÓRIO VIVO	872
A UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PROMOÇÃO DE EQUIDADE NO ATENDIMENTO A PARTURIENTE.	875
O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE PRODUÇÃO DO CUIDADO: VIVÊNCIAS NO GRUPO DE IDOSOS	878
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DA UNISC: DIÁLOGOS INTERVENTIVOS E INVESTIGATIVOS	881



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CRIAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	885
O TRABALHO EM “ATO VIVO” NO CAPS BENJAMIM MATIAS FERNANDES: VIVENCIANDO O COTIDIANO DO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS A PARTIR DAS VISITAS DOMICILIARES E AÇÕES DE APOIO MATRICIAL NO TERRITÓRIO.	889
O LEGADO ACADÊMICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: OFICINA DE CAIXAS ORGANIZADORAS DE MEDICAMENTOS COM IDOSOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM MANAUS, AMAZONAS	893
A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.	897
CONHECIMENTO DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO NO PRÉ NATAL SOBRE DEPRESSÃO PÓS PARTO	901
AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NA TRAJETÓRIA ENTRE “TRABALHAR FORA” E DENTRO DA COMUNIDADE	904
DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA EM SITUAÇÕES DE SUICÍDIO NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS	908
TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS À OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO PRIORITÁRIO PARA O CONTROLE DA DOENÇA.	911
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DIABÉTICAS COM LESÕES EM MEMBROS INFERIORES: REVISÃO DE LITERATURA COMO UMA EXPERIÊNCIA NO PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA	914
PESQUISA-AÇÃO: CONTRIBUIÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE E OS DESAFIOS NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS	918
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO A CRIANÇA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS	922
MULHERES QUE NOTIFICAM A VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA	925
PRÁTICAS ACADÊMICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM LEPTOSPIROSE	929
O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA COMO RECURSO PARA O DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO	933
A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E PRÉ-NATAL DO PARCEIRO: ESTRATÉGIA PARA PROMOVER A SAÚDE DA FAMÍLIA.	937



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

FUNCIONALIDADE E SINGULARIDADE NO CUIDADO EM CENTRO DE REABILITAÇÃO: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O USO DA CIF/OMS	938
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM COINFEÇÃO HIV/AIDS E TUBERCULOSE	941
A FABRICAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (CER IV/SBC) EM REDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA COMO DISPOSITIVO.	944
PELOS CAMINHOS DA INTEGRALIDADE: O QUE UMA USUÁRIA-GUIA PODE ENSINAR SOBRE A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO?	948
INCIVILIDADE E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NO TRABALHO: EVIDÊNCIAS DE COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	951
MEDICINA ALTERNATIVA ATRAVÉS DAS BENZEDEIRAS	954
CRIAÇÃO DE FUTURO E CONSTRUÇÃO DE CIDADANIA ENTRE ARTICULAÇÃO SOCIAL E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS E VULNERABILIDADES.	957
PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS E DOS PAIS SOBRE O BRINCAR DA CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	960
TRABALHO INTERSETORIAL EM REDE NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO AO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE SANTA CRUZ DO SUL.	963
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS OFICINAS DE CIDADANIA COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DE DIREITOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	967
CARETAS ARTICULADAS COM MOVIMENTOS DAS MÃOS - CAMM NO TRABALHO INTEGRADO DA UBSF S-07 DE MANAUS - AM UBSF S-07 DE MANAUS - AM	971
CONSTRUÇÃO DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: FORTALECIMENTO DA INTERAÇÃO ENSINO SERVIÇO	975
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE INTERNADO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA EM PÓS-OPERATÓRIO DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA POR LITÍASE BILIAR E SEPSE	978
O APOIO INSTITUCIONAL PARA ALÉM DO ARRANJO ORGANIZACIONAL: UM DISPOSITIVO DE CONSTRUÇÃO DE COLETIVOS E DE ENFRENTAMENTOS MICROPOLÍTICOS PARA SUSTENTABILIDADE DO SUS.	982



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL DOS IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO INTERIOR DO AMAZONAS.	986
COM A VOZ, OS USUÁRIOS: DISCURSOS SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM CAPS DO ESTADO DO PARÁ	989
EXPERIÊNCIAS HOSPITALARES COM PORTADORES DE TUBERCULOSE ASSOCIADO AO HIV/AIDS: UM RELATO ACADÊMICO	993
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE MANAUS	997
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE	1000
DIÁLOGOS ACERCA DO ACESSO À SAÚDE NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA	1004
VULNERABILIDADE SOCIAL DE IDOSAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	1008
UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	1011
IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE) EM UMA CASA DE APOIO FUNDAMENTADA PELA TEORIA DE WANDA HORTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1015
O QUE PENSEI E O QUE ENCONTREI! A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE PARINTINS.	1018
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DIALOGANDO SOBRE O TEMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	1021
FUNDAMENTOS PARA A LIMITAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI) PARINTINS.	1024
MORTALIDADE PERINATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	1027
CURSO TÉCNICO EM GERÊNCIA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	1031
A CRIATIVIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE ESCASSEZ DE INSUMOS HOSPITALARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1035
PERFIL ANTROPOMÉTRICO E PRESSÓRICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA-RS	1038



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ANÁLISE NUTRICIONAL COMO FATOR DE RISCO A SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE URUGUAIANA-RS	1042
ANÁLISE DO GERENCIAMENTO DE RISCOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM DO PARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1045
A PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E O SISTEMA DE GARANTIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE AOS MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	1049
O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DE UM CURSO DE REDAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELÉM	1052
ESPASTICIDADE PÓS-AVC: UM OLHAR DA REABILITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL	1055



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

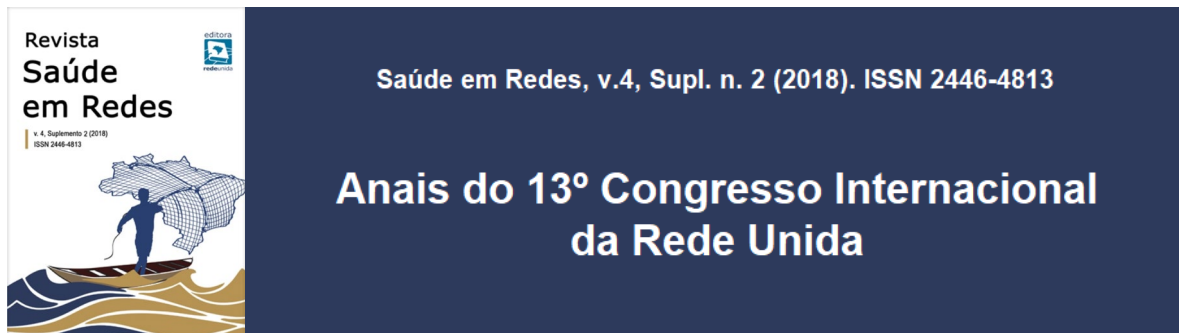
### O LUGAR DA FONOAUDIOLOGIA NO SUS: INSUFICIÊNCIA, DISPARIDADE E PARADIGMA DE SAÚDE

Camila Lima Nascimento, Helenice Yemi Nakamura

#### Apresentação:

O paradigma de saúde trazido pelo SUS gerou discussões sobre a formação profissional para adequação à nova organização proposta. O deslocamento do olhar da doença para o sujeito e seu meio trouxe impacto profundo na produção de cuidado em saúde. As profissões da saúde vivem um momento de reconstrução de identidade para uma inserção na Saúde Coletiva plena e potente. Pautar a formação e intervenções na promoção de saúde requer do profissional o redimensionamento de seu papel e função social, atento às necessidades da comunidade, em contrapartida aos modelos prescritivos de atuação na área. Para a formação de fonoaudiólogos, nas Diretrizes Curriculares Nacionais vigentes, há orientação para formação de profissionais capazes de atuar no SUS, desenvolvendo ações desde a promoção até a reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo. Como tantas outras profissões da área, o fonoaudiólogo ainda encontra dificuldades na sua identidade como profissional generalista, com atuação pautada na integralidade do cuidado na Saúde Coletiva. Historicamente, é possível observar mudanças na formação do fonoaudiólogo desde os primeiros cursos na década de 60 com caráter essencialmente reabilitador e clínico, que legitimava práticas elitistas focadas na atenção à doença/distúrbio. E, como profissão reconhecida há 36 anos, está em movimento para ampliação da atuação no sistema público de saúde. Apesar da inserção incipiente, a demanda por fonoaudiólogos no SUS apresenta crescimento nos últimos anos, trazendo a tona a necessidade de discussão do dimensionamento profissional da categoria frente a importância da atuação na rede de atenção à saúde.

Há grande disparidade na distribuição de profissionais de Fonoaudiologia no país, no Estado de São Paulo concentra-se o maior número de cursos de graduação e de profissionais. A literatura aponta para a insuficiência de profissionais de Fonoaudiologia frente a demanda. O cenário atual das políticas públicas de saúde, como a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008, tem favorecido a ampliação das ações fonoaudiológicas no SUS, mas a efetiva inserção da Fonoaudiologia no sistema de forma efetiva depende, dentre outros



fatores, da formação profissional e da mobilização e articulação das entidades de classe da categoria, além do envolvimento dos profissionais.

Neste cenário, o dimensionamento de profissionais no SUS se faz necessário para a atuação do fonoaudiólogo em toda sua potência para oferta adequada às necessidades da população de um determinado território. Ainda não há apontamento, pelas entidades de classe na Fonoaudiologia, do dimensionamento profissional, o que impacta na oferta de serviços e na inserção destes profissionais por município.

Na maioria das profissões da saúde a discussão sobre dimensionamento profissional ainda é incipiente e não há consenso sobre os critérios e parâmetros que possam embasar o cálculo. Há na literatura apontamentos sobre o uso de dados epidemiológicos disponibilizados nos sistemas de informação em saúde, para embasar estudos sobre o dimensionamento profissional, estabelecendo parâmetros consistentes de necessidades em cada município.

Diante deste cenário, o objetivo do presente trabalho é descrever e discutir a distribuição de profissionais de Fonoaudiologia no SUS do Estado de São Paulo.

**Desenvolvimento do trabalho:**

Foi realizado estudo descritivo com levantamento de dados secundários de domínio público oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) - base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, disponibilizando dados para subsidiar a gestão do SUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo como período de referência julho de 2017. Foram gerados arquivos processados pelo software TABNET do Departamento de Informática do Ministério da Saúde, que foram, posteriormente, organizados em planilhas de excel para organização das informações e extração de tabelas e gráficos. Além disso, foi realizada revisão bibliográfica acerca do tema em outras profissões da área da saúde, como a Enfermagem e a Odontologia.

**Resultados e/ou impactos:**

Os dados sobre a presença de profissionais de Fonoaudiologia nos municípios paulistas mostram que todos os municípios com mais de 50.000 habitantes possuem fonoaudiólogos atuando no SUS. Nos municípios entre 5.000 e 50.000 habitantes, a grande maioria desses conta com profissionais da área no serviço público e somente entre os municípios com até 5.000 habitantes pouco menos de metade dos municípios possui fonoaudiólogos em seu



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

quadro de funcionários que atendem o SUS. Os números disponibilizados nos bancos de dados secundários Ficou evidenciada a falta de critérios no planejamento para inserção deste profissional no sistema público, com concentração maior de profissionais em cidades menores na comparação com municípios maiores, havendo relação inversamente proporcional entre o porte dos municípios e o número de fonoaudiólogos atuando no SUS. Além da ausência ou alta concentração de profissionais em municípios do mesmo porte. O estado de São Paulo apresenta um grande desafio na gestão da rede de cuidado nos mais diversos níveis, uma vez que apresenta elevado número de municípios pequenos, exigindo uma articulação ainda maior das redes de saúde municipais e estadual.

A presença de fonoaudiólogos na Atenção Básica apresenta grande diversidade de inserção, incluindo unidades com Estratégia de Saúde da Família, unidades tradicionais e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Essa diversidade pode gerar diferentes construções do papel do profissional dependendo do nível de atenção. O dimensionamento profissional pode auxiliar na organização da oferta de cuidado à população em todas as fases da vida e níveis de atenção, uma vez que o fonoaudiólogo é habilitado para a aquisição e manutenção da comunicação humana, importante fator para participação ativa de cada sujeito na sociedade.

### Considerações finais:

A falta de dimensionamento adequado acarreta limitações importantes na atuação do fonoaudiólogo no SUS, como impossibilidade de ações adequadas às políticas de saúde vigentes por demanda excessiva de atendimento clínico nuclear. Tendo impacto na identidade deste profissional, que se encontra pressionado pelo que deveria fazer e o que precisa fazer, influenciando sua própria saúde.

Além disso, a má distribuição e insuficiência de recursos humanos na área geram impacto negativo na imagem da profissão frente às outras profissões e à comunidade em geral, reforçando o conhecimento restrito sobre as possibilidades de atuação da Fonoaudiologia.

Diante do panorama apresentado, fica evidenciada a importância da construção e discussão de parâmetros que auxiliem no dimensionamento adequado dos profissionais de Fonoaudiologia no serviço público.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### COLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE PRIMÁRIA NO INTERIOR DO CEARÁ

Iana Sá De Oliveira, Ana Carolina Souza Torres, Poliana Hilário Magalhães

No contexto da integração ensino-serviço, o acolhimento em saúde bucal foi implementado em 2016, em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Eusébio-CE, em virtude da necessidade de se organizar o processo de trabalho da odontologia, já que o acolhimento em saúde no âmbito da enfermagem e da medicina já ocorria na unidade desde 2014.

Diante do exposto, este trabalho propõe-se a relatar o processo de construção do acolhimento em saúde bucal da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Eusébio. O estudo pretende identificar aspectos organizacionais do serviço no que se refere a distribuição das demandas, eficácia e resolubilidade das necessidades de saúde bucal dos usuários, delinear fluxos de cuidado em saúde bucal na unidade primária e identificar as possibilidades de rearticulação do fluxo de usuários dentro da rede de atenção.

O estudo trata-se de relato de experiência elaborado por uma cirurgiã dentista residente da Escola de Saúde Pública do Ceará, em atividades de pós-graduação em serviço. A pesquisa desenvolveu-se no período de maio a dezembro de 2016, sendo o cenário do estudo a unidade básica de saúde localizada no bairro Timbu, Eusébio, Ceará. A população de abrangência da unidade corresponde a aproximadamente 3600 pessoas, assistidas por uma equipe de saúde da família composta por uma médica, uma enfermeira e um cirurgião dentista. A equipe de saúde bucal é composta por cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) com horários de atendimento divididos em dois turnos (manhã e tarde).

A amostra incluída no relato foi constituída por moradores da área de abrangência da Unidade Básica do bairro Timbú, os quais procuravam atendimento odontológico. A parcela excluída era resultante dos indivíduos adscritos a outra Unidade Básica. Os pacientes participantes do acolhimento em saúde bucal eram identificados, utilizando os prontuários, e a análise observacional do fluxo de pacientes era descritiva, utilizando diários de campo.

A implementação do acolhimento em saúde bucal ocorreu em quatro momentos. O primeiro momento foi constituído pelo processo de territorialização do espaço de atuação, fase de conhecimento das condições de vida e dos processos de saúde-doença. Essa etapa foi concluída no início da residência, ainda no ano de 2015, sendo realizada por todos os



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

integrantes da Residência Multiprofissional. A partir disso, foi possível mapear a área de atuação, identificar grupos e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, além de realizar o planejamento estratégico.

O segundo momento foi marcado pela utilização do Fluxograma Analisador, fase de reflexão dos “nós” críticos com a equipe de referência e com os agentes de saúde. O terceiro momento discorre acerca do exame de necessidades com classificação de risco e o quarto momento centra-se sobre o agendamento clínico dos usuários, quando necessário.

O presente estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012). A pesquisa apresenta risco mínimo, pois não apresenta risco direto à saúde física, visto que trata-se de um relato de experiência, com descrições realizadas pelo pesquisador mantendo sempre a ética e o sigilo das informações.

A partir do conhecimento da área, em momento posterior, o fluxograma analisador foi aplicado. Essa proposta foi aplicada com a equipe de referência e com quatro agentes comunitários de saúde responsáveis pela área do Timbu. A equipe enumerou alguns casos de saúde bucal e elencou um, considerado o mais frequente na UBS, para construir o fluxograma analisador. Em seguida, houve espaço para discussão e reflexão, assim como para avaliação do momento.

A partir dessa metodologia, observou-se a deficiência do acolhimento para as demandas em saúde bucal, detectando falhas na rede de atenção, principalmente no que tange à organização dos fluxos, ao agendamento e ao tratamento continuado dos usuários. As ações foram construídas à medida que a equipe refletia, intencionando suprir as necessidades de saúde bucal do território. Evidenciou-se a necessidade da consolidação do acolhimento com classificação de risco para a unidade.

Pactuou-se com toda a equipe como seria o acolhimento. Todos os profissionais da unidade de saúde foram calibrados da seguinte forma: o acolhimento odontológico com classificação de risco ocorreria todos os dias, no turno da manhã e da tarde, antes e após os atendimentos clínicos no consultório. Divide-se basicamente em duas etapas: a primeira, exame de necessidades, e a segunda, agendamento clínico, quando necessário.

O agendamento odontológico na unidade básica do Timbu foi organizado da seguinte forma:

- consulta de acolhimento/ urgência: usuário classificado em risco 2 ou 3; necessidade que exige atenção imediata ou no mesmo dia. As necessidades se referem a sofrimento agudo,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

evolução de risco, potencialidade de prevenção, questões subjetivas e sociais que orientam para a produção imediata de acolhida e vínculo.

- consulta agendada prioritária: usuário risco 1; necessidade que não exige atenção imediata ou no mesmo dia, mas que exige atenção no prazo máximo de 10 dias. Seja pela situação de saúde em questão, seja pela concomitância de outros fatores de risco;
- consulta agendada normal: usuário risco 0; apresenta situação de saúde ou outros fatores que não exijam priorização. Entra na agenda normal que não pode exceder 30 dias.

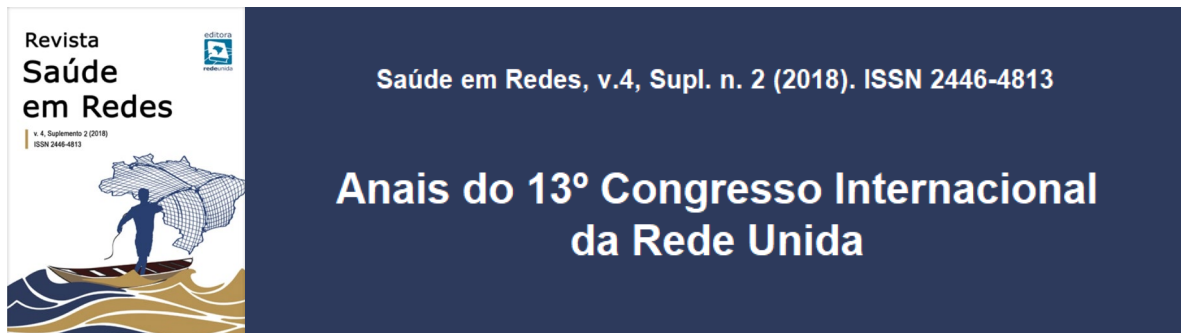
O estabelecimento do protocolo de classificação de risco, juntamente com a escuta e colaboração dos profissionais da unidade, resultou em um sistema de organização de agenda padrão para o atendimento odontológico.

Desde o início da implementação, período de 30/05/16 a 22/12/16, foram atendidos 654 pa-cientes no acolhimento, sendo 150 (23%) classificados como risco zero, ou seja, são usuários sem necessidades de intervenções imediatas no consultório odontológico, mas que necessitavam de atividades preventivas; 173 (26,5%) pacientes necessitavam de tratamento odontológico de extrema urgência; 255 (39%) apresentavam urgência; e 75 (11,5%) poderiam aguardar o atendimento (Tabela 1).

Dentre os 428 pacientes urgentes, 119 (28%) tiveram seus problemas resolvidos em uma única sessão. Esta informação foi útil para a reorganização da agenda clínica, onde foram redimensionadas as vagas de pronto atendimento, pois estas vagas aumentadas proporcionam uma maior quantidade de usuários com seus problemas resolvidos.

Os encaminhamentos para a atenção secundária, ou seja, para o Centro de Especialidades Odontológicas do município do Eusébio, ocorriam de acordo com a necessidade. Apenas 82 (12,5%) pacientes foram encaminhados para atenção especializada, principalmente para a área de prótese e endodontia.

A partir da experiência exposta, envolvendo acolhimento e classificação de risco, verificou-se a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários, evidenciando um grau de responsabilidade da ESF Timbu com a população. Apesar disso, contradições foram observadas na prática do acolhimento que merecem extrema atenção, tais como: a existência de conflitos e de desarticulação da equipe, a ausência de reuniões para a discussão e reflexões, e a fragmentação do processo de trabalho pela ausência da participação contínua dos profissionais na formulação das propostas dos serviços.



A prática do acolhimento em saúde bucal, além de resultar em tratamentos resolutivos, reforçou o sistema de referência e contra-referência e caracterizou a USF Timbu como porta de entrada da atenção primária, com um fluxograma claro para os usuários.

Palavras-chave: Acolhimento;Saúde Bucal; Classificação de Risco



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE SUAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO À EQUIPE E COMUNIDADE

Sabrina José da Silva, Diego Floriano de Souza, Daiane Mendes de Assis Réus, Gabriela Chirst Ramos Nava, Thales Macarini Sasso, Elieser Peper Nascimento, Fernanda Evaldt Bertoti, Fabiane Ferraz

Introdução: no Brasil a principal porta de entrada as redes de saúde é a Atenção Básica, a qual através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reestruturada em 2017 busca reorientar o sistema para que haja uma organização adequada no atendimento à população. A PNAB estabelece que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem se encontrar em proximidade ao cotidiano das pessoas, ou seja, estar adstritas ao território onde elas moram, trabalham e vivem, a fim de promover a criação de vínculo com à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A fim de melhorar o cuidado à população, o sistema de saúde brasileiro criou várias modalidades de atendimentos, sendo a principal delas a estruturação das Estratégias de Saúde da Família (ESF), por meio da qual emergiu um modo de trabalhar com a saúde considerando a integralidade da atenção e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde junto à família e não somente ao indivíduo doente. As ESF são estruturadas por uma equipe multiprofissional mínima, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É preconizado que os ACSs estabeleçam o vínculo entre equipe de saúde e comunidade, buscando assim um atendimento qualificado na lógica da integralidade. Objetivo: analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde frente às atividades desenvolvidas por eles junto a equipe e a comunidade. Desenvolvimento: pesquisa qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. A coleta dos dados ocorreu de out/dez-2015, foi realizado entrevista semi-estruturada com 18 ACSs de todas (6) as UBS-ESF de um município do sul de Santa Catarina. A análise e a interpretação dos dados coletados ocorreu através da análise temática de conteúdo, a qual consiste em três passos: pré-análise - em que foi realizada a leitura flutuante de todas as transcrições literais das entrevistas; exploração do material - que consistiu na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, buscamos alcançar o núcleo da compreensão do texto; e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação - momento em que os dados



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

foram submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias temáticas que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o parecer n. 1.203.286, sendo que para o sigilo das identidades os participantes estão apresentados por codinomes. Resultados: expressam a categoria temática: percepção em relação às atividades de agente comunitário de saúde. Está categoria está composta por três subcategorias, expressas a seguir. Subcategoria 1: Sente-se bem em realizar a atividade de ACS. Dez participantes relataram que se sentem realizadas desenvolvendo suas funções como ACS, principalmente porque percebem esse trabalho como algo que pode ajudar as pessoas. “[...] Eu me sinto muito feliz realizando esse trabalho, eu acho que me encontrei, é uma coisa que eu gosto de fazer”(Ane). “[...] Eu me sinto muito bem, principalmente quando a gente percebe que pode ajudar uma pessoa”(Dora). Subcategoria 2: Sente uma baixa valorização da gestão e da comunidade frente às atividades dos ACS. Três entrevistadas sugerem a criação de uma forma de valorização no trabalho do agente comunitário de saúde e a divulgação de suas atividades, para que a comunidade tenha conhecimento da realidade no processo de trabalho do ACS. “[...] Eu acho que deveria ter uma melhor valorização, não só do agente de saúde, mas em todos os setores”(Julia). “[...] porque muitas pessoas acham que o nosso trabalho é só para ir nas casas pegar assinaturas e andar na rua, precisaria haver um melhor esclarecimento do nosso papel”(Natalia). Subcategoria 3: Sobrecarga de atividades na rotina de trabalho. Quatro participantes apontaram que há uma sobrecarga devido à falta de revisão nas microáreas (territorialização) da ESF, fato que compromete significativamente a qualidade do trabalho desenvolvido. “[...] Eu acho que as microáreas deveriam ser melhor divididas, porque dificulta, tem mês que dificulta fazer todas as visitas e eu também tenho um pedaço da área rural e também vai crescer agora com loteamentos novos, aquelas casinhas, então eu acho que tem que ser organizado de novo”(Bruna). “[...] Eu não reclamo da quantidade de famílias, eu tento equilibrar, já foi falado para tentar desmembrar, mas todas ACS estão carregadas, por isso acredito que isso deveria ser revisado”(Margarida). Em relação a sobrecarga de trabalho duas participantes destacam que seria importante a oferta de atendimento psicológico para as ACS, fato que lhes auxiliaria a compreender as dificuldades na rotina do trabalho, bem como as orientaria condutas/posturas que precisam ter a partir das demandas e necessidades da comunidade que elas atendem. “[...] Não tem ninguém para socorrer, um psicólogo ou alguém



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

para conversar, não tem, a gente já até comentou em reunião que seria muito bom, porque tem vezes assim que tu não consegues sozinha, é muito problema e é todo dia ouvindo, recebendo os problemas da comunidade”(Sonia). Considerações finais: os resultados destacam a percepção das ACS quanto às atividades que realizam, em que foi possível constatar que há satisfação no trabalho perante a função de agente comunitária de saúde. Contudo, algumas participantes expressaram que se sentem pouco valorizadas pela comunidade e equipe em que trabalham visto que esses têm pouco conhecimento do seu processo de trabalho. Ainda, os resultados apontaram reclamações a respeito de sobrecarga em suas rotinas de trabalho, pouca valorização, incentivo e cuidado da gestão em relação a saúde do trabalhador, principalmente sobre os aspectos psicológicos. Os resultados do presente trabalho, corroboram os achados de Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016) quando referem que é possível perceber uma tensão entre diferentes discursos que sustentam o trabalho do ACS, pois, ora há discursos com sentidos de valorização em que os agentes se sentem bem realizando suas funções, sendo que há famílias e a equipe de saúde valorizam o trabalho que desenvolvem, ora são expressos sentimentos de desvalorização do ACS, percebida tanto na relação com a comunidade, como na relação com o sistema de saúde. Ainda, nos resultados aqui apresentados, os participantes também expressam a necessidade de valorização por parte dos gestores municipais de saúde, pensando a saúde do trabalhador e considerando a carga emocional/psicológica que o ACS vivencia em seu processo de trabalho junto à comunidade, como algo importante que a gestão precisa ficar atenta, a fim de implementar ações para minimizar essa sobrecarga.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Básica de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Processo de Trabalho.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA, MANAUS/AM

Sineide Souza, David Lopes Neto, Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, Rizioleia Marina Pinheiro Pina

Apresentação: A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo fortalecida após a Conferência Internacional de Alma-Ata. O Brasil escolheu a Estratégia Saúde da Família (ESF) para operacionalizar a APS, como ordenadora do modelo assistencial, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS possui atributos, que quando estão presentes, favorecem a qualidade da atenção, especialmente para crianças. Este estudo objetivou avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à saúde da criança ofertada pelas equipes da ESF na zona Norte de Manaus por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool. Desenvolvimento: Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, que teve como cenário o Distrito de Saúde (Disa) Norte da cidade de Manaus, a partir das equipes da ESF com a utilização do instrumento PCATool-Brasil versão Criança. Participaram do estudo 320 mães e cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, residentes nas áreas de abrangência e usuárias da ESF do Disa Norte. Considerou-se importante avaliar sob a ótica do usuário do SUS por este ser capaz de avaliar o serviço que utiliza e assim, favorecer o controle social. A escolha dessa faixa etária justifica-se por essa fase da vida apresentar maior vulnerabilidade e maior risco de morbimortalidade, portanto, demanda maior cuidado da família e dos serviços de saúde no sentido de promover a saúde, prevenir doenças e favorecer o pleno crescimento e desenvolvimento da criança. A amostra foi fundamentada na técnica de amostragem aleatória simples sem reposição. O cálculo amostral teve como referência a população total de crianças menores de dois anos, e o número total de crianças cadastradas nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF) do Disa Norte de Manaus, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), buscou-se amostra representativa, com margem de 95% de confiança e 5% de erro amostral. A amostra inicial resultou em 422 sujeitos, realizou-se a partilha proporcional para as 49 UBSF, de acordo com o número de crianças cadastradas por equipe. Os critérios de inclusão estabelecidos para esse estudo foram divididos em critérios para criança: ser cadastrada e usuária da ESF em sua área de abrangência, ter no mínimo duas consultas





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

realizadas pelo médico ou enfermeiro da UBSF no último ano, acompanhada da mãe e/ou cuidador, ser menor de dois anos de idade. Para a mãe e/ou cuidador: ser maior de 18 anos de idade, declarar-se o principal cuidador da criança, ter acompanhado a criança, no mínimo, em duas consultas na referida UBSF. Para a ESF: ter, no mínimo, doze meses de atividade. Os critérios de exclusão estabelecidos para as crianças compreenderam: utilização casual dos serviços da ESF para finalidades específicas, como imunização ou curativo, mas que não utilizavam o serviço de puericultura, para a mãe e/ou cuidador: não ter condições mentais para responder aos questionários e para a ESF: equipe de saúde sem o profissional médico ou enfermeiro por mais de seis meses. Nesse sentido, da amostra inicial de 422 sujeitos e 49 UBSF do Disa Norte, foram excluídas 7 (sete), com o seguinte detalhamento: em quatro, os gestores alegaram não atender crianças menores de dois anos; em duas, os prontuários entregues não atenderem ao critério de inclusão de ter, no mínimo, duas consultas com o médico ou enfermeiro; e uma por ter sido realizado o pré-teste. Portanto, somente 42 UBSF entraram no estudo. Destas, em 12 unidades os gestores alegaram pouco atendimento nessa faixa etária, conseqüentemente, o número de prontuários entregues foi inferior ao número da partilha para a UBSF e/ou não atendiam os critérios de inclusão no estudo. Nesse momento, 90 sujeitos foram excluídos do estudo. A amostra final resultou em 332 sujeitos, dos quais 12 foram excluídos, sendo um por recusa e 11 por não terem sido localizados por apresentarem endereços incorretos. O estudo incluiu 320 mães de crianças, que representam 75,8% da amostra calculada. Ressaltamos que a amostra conservou a margem de erro calculada de 5%. Para melhor confiabilidade na realização da coleta de dados foi realizado um treinamento prévio com a equipe de pesquisa para a discussão do questionário, esclarecimento e padronização da coleta de dados. Os procedimentos de coleta de dados obedeceram as orientações contidas no manual PCATool-Brasil versão Criança. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde, e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/Ufam). Para o início das atividades concernentes à coleta de dados, foram realizadas visitas às UBSF a fim de conversar com os gestores para esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento para acesso aos prontuários das crianças menores de dois anos cadastradas na área de abrangência, para a realização do sorteio para a entrevista e averiguação dos critérios de inclusão e exclusão no estudo. Após o sorteio e registro de identificação da criança, mãe e endereço, íamos aos domicílios para aplicação dos questionários. As



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

entrevistas foram realizadas em domicílio, de forma individual, em horário conveniente para os entrevistados, e duravam em média, 25 minutos. Para a coleta de dados, os entrevistadores seguiram a recomendação do Manual PCATool-Brasil, quais sejam: apresentação dos objetivos da pesquisa, verificação da disponibilidade da mãe e/ou cuidador para a entrevista, confirmação dos critérios de inclusão e exclusão no estudo, identificação do cuidador da criança por meio da pergunta: “Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde da criança?” e o parentesco com a criança, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realização da entrevista. A análise obedeceu às recomendações do Manual PCATool-Brasil. Resultados: Quanto aos atributos essenciais da APS, apresentaram escores satisfatórios ( $\leq 6,6$ ) apenas os atributos Acesso – Utilização (6,7) e Coordenação – Sistema de Informação (8,7); os demais atributos apresentaram baixos escores: Acesso – Acessibilidade (5,0), Longitudinalidade (6,5), Coordenação – Integração de Cuidados (6,5), Integralidade – Serviços Disponíveis (5,5) e Serviços Prestados (6,1). O escore do atributo Essencial da APS foi insatisfatório (6,5), o que evidencia que a APS precisa avançar no sentido de oferecer assistência efetiva que atenda as necessidades de saúde da criança. O componente grau de afiliação apresentou média 6,7. O  $\alpha$  de Cronbach apresentou valor  $> 0,75$  e comprovou a validade do instrumento. Considerações finais: O estudo revelou que a assistência à saúde da criança menor de dois anos na ESF não está orientada pela APS e apresenta-se pouco efetiva, com problemas relacionados ao acesso, dificuldades na criação de vínculo com a criança/família, persistência da fragmentação do cuidado e coordenação da atenção deficiente. Há necessidade de reorientação das ações de saúde, com vista a modificar e melhorar a qualidade da atenção oferecida à população infantil, que devido à sua vulnerabilidade, compõe uma das áreas prioritárias no país.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Criança, Estratégia Saúde da Família



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### MÉTODO MONFORT: MÉTODO DE REABILITAÇÃO INÉDITO UTILIZADO NA HIDROTERAPIA

Claudia Maria Monforte Magalhães

Graças a sabedoria fisioterapia milenar em relação as propriedades curativas da água, estudos atuais vêm confirmando resultados bastante expressivos na eficácia da reabilitação aquática, onde a hidroterapia mostra ser um importante recurso dentro da para tratar grande diversidade de afecções.

Existem métodos consagrados em hidroterapia como: Bad Ragaz, Halliwick, Watsu e Ai Chi. O Método Monfort vem sendo desenvolvido por 30 anos, experiência esta que levou ao aprimoramento de técnicas inéditas cuja resposta de sua eficácia vem sendo mostrada na prática, e sua repercussão vem beneficiando uma grande quantidade de pacientes que se fez uso desta. Este Método se faz diferente dos já apresentados porque é voltado para reabilitar disfunções neuro-músculo-esquelética, como afecções que acomete a coluna vertebral cervical, torácica, lombar, sacro-coccígea e o complexo do joelho e ombro.

Temos como objetivo, dividir este conhecimento e poder propalar e disseminar este Método, preparando fisioterapeutas e capacitando-os para o mercado, onde os mesmos terão em mãos mais uma ferramenta poderosa em Reabilitação Aquática. Além disso, o Método Monfort oferece aos fisioterapeutas e pacientes uma nova vertente de tratamento dentro da fisioterapia.

#### Desenvolvimento do trabalho – descrição da experiência ou método do estudo

O método foi criado em decorrência da demanda de pacientes que procuravam tratamentos específicos para suas afecções e os métodos tradicionais não supriam suas necessidades.

Nestes anos de construção, o Método Monfort fora aclarado por métodos consagrados com comprovação científica como Maitland, Mckenzie, Mulligan, Alexander, Osteopatia entre outros, não estamos replicando estes métodos mais construindo um embasamento alicerçado que nos possibilitou grande sucesso.

Os equipamentos a serem utilizados na pratica da hidroterapia, são implementos como flutuadores, bastões, extensores barras, etc., e a cada vez mais aparelhos são lançados no mercado para implementar a prática da Reabilitação Aquática.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Cada vez mais aumenta o acervo dos aparelhos lançados no mercado para contribuir com a prática da reabilitação aquática.

O Método Monfort se diferencia dos métodos convencionais porque o material a ser utilizado para Reabilitar os pacientes faz uso do próprio seguimentos anatômicos do corpo do fisioterapeuta, ou seja, áreas superficiais côncavas e convexas, projeções arredondadas e superfície achatadas.

Estas estruturas entram em Reciprocidade com as estruturas anatômicas do paciente, como se fosse uma luva, proporcionando um molde perfeito em ambas.

A importância relevante da manobra é o fato de proporcionar ao paciente extremo conforto, segurança e estabilidade para tratar seguimentos em disfunção ou lesado.

Importante citar que o fisioterapeuta estabelece uma grande intimidade física com o paciente, onde o fisioterapeuta desenvolve uma grande empatia com o paciente, ou seja apura sua capacidade de sentir e vivenciar algumas emoções dos pacientes, como por exemplo, respiração, frequência cardíaca, tensão muscular, medo, insegurança, aconchego, segurança, entre outros. E o mais importante, desenvolve a percepção dos limites de dor do paciente, tornado indescritível a sensação de amparo e assistência provida pelo fisioterapeuta.

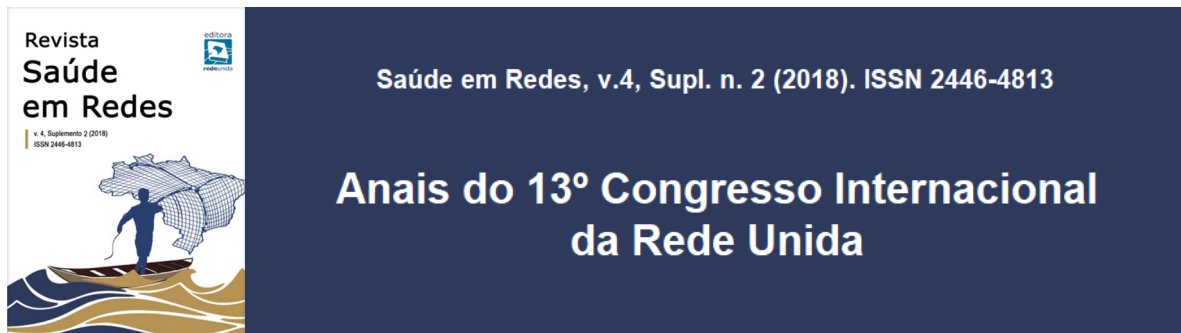
Não podemos deixar de citar que o Método só foi possível ser desenvolvido, pelos estudos acirrados das propriedades físicas da água, seus prós e contras, podendo realizar as manobras com muita destreza e responsabilidade.

Resultados e ou impactos: Os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa

Como o Método foi aprimorado em detrimento a sensibilidade de estruturas acometidas do paciente é importante salientar que a anatomia palpatória é realizada simultaneamente com as manobras seletivas do Método Monfort, que é o acoplamento das estruturas anatômicas entre fisioterapeuta e paciente.

A acurácia do Método se deu pelo desafio de encontrar os níveis da água ideal para realizar cada manobra seletivamente no intuito de estabilizar os corpos no meio líquido.

Os corpos estabilizados promovem segurança e tranquilidade a ambos. Outro desafio foi desenvolver sistemas de acoplamento entre paciente e fisioterapeuta, para isto temos que



levar em conta cada detalhe do biótipo do paciente, como circunferência antropométrica, altura, estrutura muscular, óssea entre muitos outros detalhes.

A biomecânica das manobras foi regida pela localização espacial do corpo do fisioterapeuta em relação ao corpo do paciente para realizar as manobras de acoplamento, ou seja, direções e posições variadas como: de costas, lado, ou frente para o paciente.

O método vem cada vez mais mostrando seu valor, e por todos estes anos os relatos dos pacientes que fizeram uso desta prática mostraram segurança e respeito pelo mesmo.

Atualmente, para comprovar cientificamente a eficácia do método, estamos fazendo um Estudo de Caso com 57 pacientes para que o Método Monfort seja validado.

Durante o tratamento muitos pacientes relatam conforto e alívio das dores instantaneamente, como também o período de tratamento que vai ser necessário para cada paciente, que será estipulado pelo fisioterapeuta onde o resultado comprovará a eficácia do método e a resposta satisfatória.

Palavras-chave: método inovador; reabilitação; hidroterapia



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS DE TRAUMAS DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS EM ADOLESCENTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO AMAZONAS

Grace Anne Andrade da Cunha, Aguinaldo Silva dos Reis, Clísten Alves Corrêa, Rhuana Maria de Oliveira Pereira

**Apresentação:** As causas externas, também denominadas como eventos circunstanciais, são situações capazes de propiciar traumatismos, injúrias, bem como qualquer outro agravo à saúde de origem não intencional (acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, envenenamentos) ou intencional (agressões e quaisquer lesões autoprovocadas). Considerando a sensação de liberdade a que o adolescente contemporâneo se insere e a necessidade de experimentar novos limites, este grupo tem se destacado de forma expressiva nos eventos relacionados a causas externas, por realizarem direção perigosa sem habilitação, alta velocidade, e ausência de equipamentos de proteção, o que muitas vezes culminam com a associação do uso de álcool e/ou outras drogas. Semelhantemente a outras cidades do interior do Amazonas, o município de Coari cresceu desordenadamente, e enfrenta problemas como a notável inadequação das calçadas, falta de sinalização, ausência de transporte público coletivo, consolidação da utilização das motocicletas como principal tipo de veículo, falta de fiscalização de condutores e de documentação de veículos, assim como elevado índice de violência e consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes. Diante dessa problemática, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos atendimentos de traumas decorrentes de causas externas em adolescentes num hospital público do interior do Amazonas. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo, norteado pela busca ativa em prontuários referentes aos atendimentos de adolescentes de 12 a menores de 18 anos vítimas de traumas por causas externas, entre os meses de setembro e dezembro de 2015 no hospital público do município de Coari/AM, os quais estavam armazenados no setor de estatística da referida unidade. A coleta de dados foi realizada durante o período de 15 a 29 de setembro de 2017 por meio de um formulário elaborado eletronicamente construído com o programa Excel®, onde foram incluídos os prontuários dos adolescentes de ambos os sexos, entre a faixa etária de 12 e menor de 18 anos, vítimas de traumas secundários a causas externas, e excluídos aqueles



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que não continham as informações necessárias disponíveis ou que estavam ilegíveis. Definiram-se os parâmetros para estudo como: variáveis demográficas (idade e sexo), variáveis clínicas (tipos de traumas, segmento corpóreo afetado, tipos de traumas, tipos de causas externas, a data da internação hospitalar) e outras variáveis (horário de pico e dia da semana). A categorização das informações em variáveis fixas foi processada pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0., com o qual se realizou uma análise estatística descritiva dos dados. Seguindo os preceitos éticos e legais exigidos para esta pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado com o CAAE 74327617.1.0000.5020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade do Amazonas (FUA-UFAM), pois respeita a resolução 466/12. Resultados: Foram analisados 1728 prontuários, datados de setembro a dezembro de 2015. Destes, 181 (10,47%) foram referentes aos atendimentos à adolescentes vítimas de traumas por causas externas no período. Verificou-se maior atendimento de vítimas do sexo masculino (66,7%), e no que tange a faixa etária, predominaram os indivíduos com 16 e 17 anos (36,4%), seguidos pelos de 14 e 15 anos (34,8%). Quanto aos tipos de causas externas, observou-se o acidente de trânsito (24,3%) e as quedas (20,4%) com os de maiores percentuais. Vale ressaltar, que foi identificado um elevado percentual de subnotificação (39,2%) dos atendimentos quanto ao tipo de causa externa. Observou-se que o trauma contuso foi o de maior percentual com 18,2% (n=33) dos casos, seguido de fraturas com 17,1% (n=31) e corto contusos com 13,8% (n=25). Os demais tipos de traumas apresentaram menores percentuais. Além disso, 28,7% (n=52) dos prontuários não informavam o tipo de trauma atendido. Quanto ao segmento corpóreo traumatizado, as áreas mais acometidas foram os membros superiores (MMSS) com 35,3% (n=64), seguido por membros inferiores (MMII) em 29,2% (n=53) casos, seguidos pela cabeça e pescoço com 11% (n=20) episódios e o tronco em 19 casos (10,4%). Referente aos horários (caracterizados de 6 em 6 horas) das ocorrências dos atendimentos, os atendimentos relacionados à causas externas ocorreram principalmente durante a tarde (12:00-17:59), 36,5%, e durante a noite (18:00-23:59), 29,8%. A distribuição dos atendimentos de acordo com o dia da semana revelou que as ocorrências se mantiveram numa frequência equilibrada nos dias úteis, entre 14,9% e 15,5% dos casos e média de 27 ocorrências diárias, ao passo que se observou uma relativa redução do número dos casos nos finais de semana, registrando uma média de 23 atendimentos por dia, entre 11,6% e 13,8% dos casos.

**CONCLUSÃO:** O presente estudo pode caracterizar o perfil epidemiológico das vítimas e os



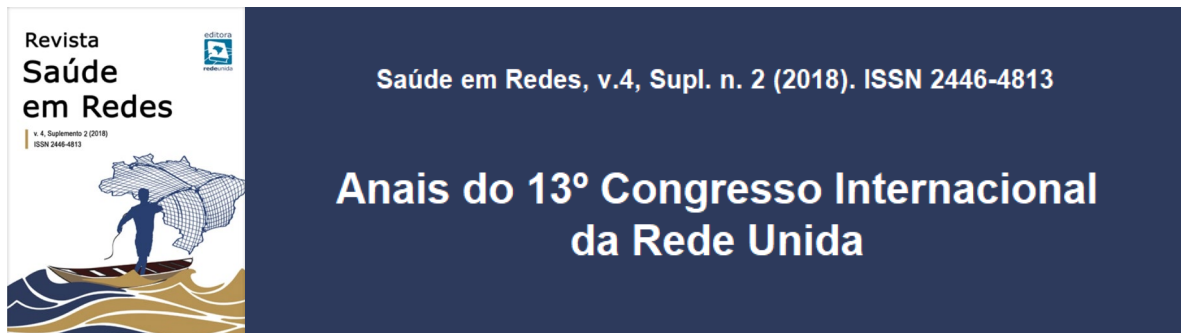
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

eventos circunstanciais relacionados a traumas por causas externas em adolescentes no município de Coari-AM. Evidenciou-se maior atendimento de vítimas do sexo masculino, com predominância de indivíduos com 16 e 17 anos. Os acidentes de trânsito e as quedas foram os eventos de maior frequência. Quanto ao tipo de trauma, o mais frequente foi o trauma contuso, seguido por fraturas e ferimentos corto contusos. O segmento corpóreo mais atingido foram os membros superiores e inferiores. No que se refere ao horário, evidenciou-se que as lesões traumáticas ocorreram principalmente no período da tarde e durante a noite. Com mais equilibrada prevalência nos dias úteis e relativa redução nos finais de semana. A identificação dessas características pode ser de grande utilidade para possíveis planejamentos de estratégias de prevenção contínua das causas externas relacionados aos traumas, bem como direcionar a assistência do enfermeiro para que haja um maior preparo dos profissionais de saúde a colaborar, por exemplo, com a redução desse tipo de atendimento no pronto socorro, e conseqüentemente de internação. Reiteramos ainda que esta é uma medida eficaz e de menor custo para as autoridades. Considerações Finais: A identificação dessas características pode ser de grande utilidade para possíveis planejamentos de estratégias de prevenção dos acidentes de trânsito, bem como direcionar a assistência do enfermeiro para que haja um maior preparo dos profissionais de saúde a colaborar, por exemplo, com a redução desse tipo de atendimento no pronto socorro, e conseqüentemente de internação. Além disso, este estudo também permite focalizar em ações de prevenção contínua, e reiteramos ainda que esta é a medida eficaz e de menor custo benefício para as autoridades. Com isto, é de grande importância traçar um perfil epidemiológico das vítimas e os traumas determinantes de cada região para que se conheçam as necessidades reais de cada alvo estudado, colaborando com as medidas preventivas e ações para minimização dos acidentes decorrentes, seja por acidentes de trânsito ou outros eventos relacionados.

Palavras-chave: Adolescente; Causas externas; Epidemiologia





## PARCERIA SAÚDE-COMUNIDADE: A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Rocilda Castro Pinho, Lourany Rego Pereira, Marcelo Barros Silva, Mônica Oliveira Silva Barbosa, Paula Santos Brito, Vanessa de Sousa Silva, Hamilton Leandro Pinto de Andrade

Apresentação: Desde a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, que o conceito de promoção da saúde, partindo da concepção ampliada desta, vem sendo elaborado por diferentes atores, trazendo novas formas de se pensarem as práticas. Desta forma, a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus fatores condicionantes e determinantes que estão relacionados às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Ou seja, incidem sobre as condições de vida da população, e vão além da prestação de serviços clínico-assistenciais, incluindo ainda ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. Assim, o conceito de promoção da saúde passou a valorizar a articulação entre saberes técnicos e populares e propôs maior diálogo entre instituições e comunidades. Nessa ótica, o presente projeto será aplicado na comunidade Dom Afonso Felipe Gregory, localizada nas adjacências do Campus Bom Jesus, Universidade Federal do Maranhão, visando estabelecer esta integração instituição-comunidade. Esta comunidade localiza-se numa área distante do centro da cidade, o que traz diversos problemas sociais e de saúde para as pessoas que nela residem, como por exemplo, privação dos serviços básicos de saúde, ausência de coleta de lixo, de saneamento básico, acesso dificultado à escola, ao lazer, dentre outras carências, afetando diretamente a qualidade de vida desses moradores, uma vez que a saúde está condicionada a diversos fatores, como os já mencionados anteriormente. Para isso esse estudo objetiva-se aproximar os acadêmicos de Enfermagem da UFMA do seu campo de atuação, utilizando a Relação Ensino-Aprendizagem no ambiente de Extensão Universitária, ou seja, aplicar o conhecimento adquirido em sala de aula e em laboratório para o benefício da comunidade, com isso será possível proporcionar o desenvolvimento de habilidades administrativas e gerenciais nos serviços de enfermagem voltadas às ações de promoção da saúde individual



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e coletiva, bem como desenvolver a capacidade crítica dos estudantes para análise dos conhecimentos e sua aplicabilidade na assistência de Enfermagem. Metodologia: O presente estudo será realizado na Comunidade Dom Felipe Gregori, localizado no município de Imperatriz-MA, por se tratar de uma localidade situada nas áreas adjacentes à Universidade Federal do Maranhão – UFMA, facilitando o acesso dos discentes e docentes participantes do projeto a essa comunidade, bem como a integração da mesma às dependências desta instituição. O trabalho será realizado inicialmente na população adulta, de ambos os sexos, podendo ser incluído também nesse estudo crianças a partir dos 5 anos de idade e adolescentes, pois nesse último, há uma identificação com alguns dos temas propostos que são de grande relevância para a promoção da saúde. Inicialmente, será feito um encontro com a liderança da comunidade e do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), para identificação dos problemas de saúde e psicossociais mais relevantes na comunidade, para que haja um direcionamento específico das ações a serem realizadas. Depois de identificar as principais demandas da comunidade, iniciar-se-á a execução do projeto contemplando os assuntos referentes aos principais problemas encontrados. Os temas serão abordados por meio de ações educativas na forma de palestras, apresentação de vídeos, peças teatrais, distribuição de materiais informativos, inclusive atividades práticas e atendimentos clínicos, voltados à Enfermagem, como aferição de Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e Respiratória, Temperatura e Medidas Antropométricas, Anamnese e Exame Físico Geral. As ações educativas lúdicas como apresentação de vídeos ou peças teatrais poderão ser aplicadas após as palestras, com linguagem adequada ao público/comunidade de acordo com o assunto abordado no encontro, para melhor fixação e compreensão das informações repassadas. Poderá também ocorrer a entrega de materiais informativos do tipo folders que são distribuídos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde para o público-alvo, durante as ações e atendimentos, para que haja uma melhor compreensão e entendimento, sobretudo para que a informação possa chegar também aos demais membros da família ou localidade. Ao final de cada atividade será aplicado questionários para coleta de dados úteis para o desenvolvimento de pesquisas científicas e publicações em periódicos, bem como apresentação em eventos da área. Vale ressaltar que, antes da execução das atividades propostas, cada equipe ou discente será devidamente preparados para atuarem com mais efetividade na promoção da saúde. As informações coletadas via questionário serão inseridas em um banco de dados utilizando o programa



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Microsoft Excel 2016. Os resultados serão apresentados em forma de gráficos e de tabelas. Resultados: Indubitavelmente são múltiplos os desafios de se promover saúde junto à comunidade, devido aos diversos fatores que estão relacionados ao contexto social, cultural, político e econômico, que interferem diretamente na qualidade de vida. A partir desse projeto será possível aproximar os diversos saberes teórico-práticos adquiridos dentro da Universidade, com a realidade da comunidade, aplicando-os com o intuito de minimizar os agravantes ou problemas à saúde, fruto das más condições de vida da população em questão. Espera-se que com essas ações haja a construção de um canal permanente entre os acadêmicos de enfermagem da universidade e a comunidade, atuando para a promoção de saúde individual e coletiva, com a formação de agentes sociais de mudança e a promoção da organização social. Considerações Finais: A promoção da saúde traz a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação de dualismo entre ensinar e aprender, proporcionando a reflexão de que há sempre a necessidade de participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados juntamente com as comunidades. Portanto promover a saúde é buscar a mobilização comunitária, visando à construção de espaços saudáveis, por meio de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e promovendo uma modificação na sua maneira de pensar e agir e ainda através de estratégias e ações educativas que contribuam para a disseminação de informações e dos saberes técnicos e populares. Essa prática é de grande relevância para aplicar o conhecimento adquirido na vivência acadêmica e simultaneamente a própria produção de conhecimento através da atuação na comunidade.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Comunidade; Extensão Universitária; Educação em saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO ATO DE AMAMENTAR PELA PRIMIGESTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jose Lenarte Da Silva, Moan Jfter Fernandes Costa, Maria Da Vilanir, Ana Maria Martins Pereira, Rafaela Carolini Oliveira Távora, Dafne Paiva Rodrigues

**Introdução:** O leite materno é apresentado não apenas pelos artigos científicos, mas também em reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde como o alimento mais completo e essencial para o crescimento saudável do lactente, sendo considerado como o único alimento mais acessível para acabar com a desnutrição infantil, pois além de fornecer a quantidade energética sobre todos os nutrientes necessários, ainda apresenta fatores anti-infecciosos (menores taxas de diarreia, otites, infecções respiratórias) e de crescimento, aumentando também a relação afetiva entre mãe e bebê devido a intimidade gerada no processo natural de amamentar. Para a OMS, é imprescindível que haja o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a partir deste complementado com outros tipos de alimentação até a idade aproximada dos 24 meses. Ao longo do tempo o aleitamento materno tem sofrido mudanças positivas para com as mães, devido a sensibilidade gerada em torno do ato, graças ao trabalho de educação continuada realizado nos hospitais e nas Unidades Básicas de saúde, bem como a humanização no parto, que incentiva e apoia à mulher a amamentação ainda na sala de parto. **Objetivo:** busca-se identificar na literatura as dificuldades em amamentar encontradas pelas primigestas e como o apoio dos profissionais e da família pode contribuir positivamente nesta fase. **Método:** A metodologia adotada baseou-se nos processos de revisão de literatura na qual obtiveram-se os dados da pesquisa em bases científicas eletrônicas (Scielo e PubMed), sites de relevância sobre o objeto de estudo e busca em manuais de citações nas publicações inicialmente encontradas através de busca ativa pelos descritores “amamentação”, “desmame precoce” e “enfermagem”. O levantamento bibliográfico foi norteado pelo seguinte questionamento: “Identificar as dificuldades encontradas no ato de amamentar pelas primigestas”, tendo como critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, publicado no idioma português, estar relacionado com a temática e publicados de 2009 a 2015. Foram encontrados 20 artigos dentro das normas iniciais adotadas para a revisão, finalizando com nove publicações específicas sobre estudos de incentivo a amamentação voltada para as



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

primigestas. Resultados e Discussão: É prioridade em toda a literatura encontrada para esta revisão sobre amamentação tratar o aleitamento materno exclusivo como fundamental e o alimento mais completo para o recém-nascido até os seis meses de vida. Contudo, percebe-se que faltam incentivos para que esta prática seja amplamente aceita e divulgada entre as mães primigestas por inúmeros fatores: insegurança, medo, dores, falta de apoio familiar e orientações incorretas ou não apropriadas fornecidas pelos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) ao entender a amamentação como um problema de saúde pública e imprescindível para o crescimento saudável dos recém-nascidos, formularam uma política de incentivo a amamentação foi implementada em 1980 através dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, do qual foi produzido a Declaração de Innocenti que resgata o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Dentre esses passos e o que gera mais resultados é colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário. Os benefícios deste contato são inúmeros a curto e longo prazo, além do vínculo mãe-filho, também mantém o bebe aquecido através do calor do corpo da mãe o que evita a hipotermia, ajuda na expulsão da placenta e estimula a procura do peito para a sucção de forma natural. Para este momento é fundamental que o profissional da enfermagem considere a mãe, seus medos e suas inseguranças, como ente de aprendizado, aconselhando e acompanhando neste primeiro momento que servirá para reprodução do que foi aprendido em casa quando estiver sozinha, o que não pode ser feito de forma mecânica, mas sim dentro dos requisitos de uma assistência humanizada para que as primigestas se sintam seguras e confortáveis diante das orientações fornecidas. Muitos fatores estão relacionados com as dificuldades da amamentação exclusiva até os seis meses de vida, além da falta de conhecimento da mãe, as crenças, os aspectos socioculturais, o suporte do pai, da família e da sociedade, como também a falta de preparação dos profissionais de saúde no apoio as complicações que acontecem no puerpério, além de uma grande atuação da mulher no mercado de trabalho, onde fica claro a falta de políticas públicas na promoção do aleitamento materno. Inúmeros são os problemas que surgem no puerpério, como a lesão mamilar, que é decorrente do posicionamento e a pega incorreta da criança durante a amamentação. Outros motivos de desmame precoce é a introdução de novos alimentos como chás, que



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ainda é um hábito cultural, pois tem uma função terapêutica, água, leite não materno e introdução precoce da chupeta, o que demonstra que é necessário constantemente capacitar, informar e orientar de forma atualizada os profissionais de saúde por meio de políticas públicas de saúde de incentivo a amamentação exclusivo, para que sejam replicadores efetivos de informação. Diante desta realidade percebe-se que as mães primíparas são as mais vulneráveis, pois algumas precisam de apoio, incentivo, orientação, pois vem o sentimento de insegurança, de grande expectativa, diante de um desafio que é novo em sua vida, onde surge sentimentos de medo, conflito na vida pessoal e familiar que podem influenciar e ampliar na prática da amamentação exclusiva, sendo pra isso, extremamente importante que a família também se faça presente como apoiadora e responsabilizadora do ato de amamentar. Assim, devemos considerar a amamentação não apenas como um ato instintivo, mas no direito da mulher como ente que deve ser respeitado, salientando que qualquer que seja sua decisão, seu papel como mãe estará perpetuado pela existência do filho, de toda forma, o profissional da enfermagem necessita ouvir essas mulheres para compreender de modo empático, sem preconceitos o que passa no seu cotidiano e trabalhar o incentivo ao aleitamento materno com, acompanhamento, diálogo franco e aberto, com ações pensadas de modo compreensiva e preparando essas mães para as dificuldades da amamentação e o grande benefício para o seu filho. Conclusão: Percebe-se que apesar das novas implantações governamentais para o sucesso e adesão ao aleitamento materno, ainda existem muitas dificuldades, falta de apoio e políticas públicas, além da falta de incentivo das nutrízes e a falta de motivação e capacitação dos profissionais de saúde, sendo de grande importância que os profissionais de saúde, principalmente o profissional da enfermagem no seu desempenho e efetividade a frente da assistência, tenha segurança e uma abordagem organizada no que diz respeito à orientação acerca da amamentação e um bom treinamento no atendimento a essas nutrízes.

Palavras-chave: Gestantes. Aleitamento materno. Enfermagem em saúde comunitária.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS SERVIÇOS DE CONSULTÓRIOS NA RUA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: BREVES REFLEXÕES SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO

Gilney Costa, Patricia Constantino, Patricia Constantino, Miriam Schenker, Miriam Schenker

#### APRESENTAÇÃO:

A partir de uma pesquisa empírica intitulada “Os sentidos construídos por profissionais de saúde inseridos em equipes de Consultórios na Rua da cidade do Rio de Janeiro sobre o consumo de crack por mulheres”, problematizamos a formação das equipes de consultórios na rua na cidade do Rio de Janeiro e o seu processo de trabalho, especialmente com relação às mulheres que fazem uso de crack e outras drogas.

Partimos do pressuposto de que a análise das práticas de saúde, da formação das equipes e dos processos de trabalho informam sobre (a) a política de recursos humanos para o setor saúde, (b) a institucionalidade da Política, e, sobretudo, (c) as prioridades da agenda.

#### DESENVOLVIMENTO:

Como prática de saúde pública, o Consultório na Rua (CnaR) surge como uma tentativa de produção de vida e cuidado integral, equânime e territorializado, compreendendo o espaço da rua como lócus privilegiado de sua praxe. Como política de saúde, ele se configura como um equipamento de gestão, controle e redução de riscos e vulnerabilidade daquelas(es) que usam a rua para consumir, ou não, drogas.

O CnaR possui como marco regulatório a Portaria nº. 122/2011, do Ministério da Saúde, que o define como “uma proposta que busca ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes de serviços de atenção básica”. Há diferentes possibilidades de organização das equipes.

Para responder à pergunta que balizou a produção desse estudo: como estão organizadas as práticas de cuidado e as equipes de CnaR no Rio de Janeiro?, nos utilizamos da abordagem qualitativa com suporte teórico metodológico das práticas discursivas, ancorada na perspectiva da análise de discurso francesa.

Nesse contexto, o discurso produz aquilo sobre o qual fala, onde a linguagem é, ao mesmo tempo, verbal (oral, escrita, gráfica ou imagética) e não verbal (toque, olhar, suspiro). Trata-



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

se, portanto, de uma abordagem que reconhece a produção de sentidos como um fazer cotidiano, fundamentalmente, coletivo, histórico e relacional, individual e social.

Para a produção de dados trabalhamos com duas técnicas qualitativas distintas: o grupo focal e a observação participante, restrita aos momentos de realização dos grupos. Os grupos foram gravados, transcritos na íntegra e analisados em profundidade de acordo com os aportes teóricos e metodológicos que fundamentaram o estudo.

O estudo seguiu os preceitos éticos preconizados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### RESULTADOS:

Participaram da pesquisa 25 profissionais de saúde de quatro das cinco equipes de CnaR que atuam em 3 grandes territórios do município do Rio de Janeiro. Essas equipes são classificadas como de modalidade III, isto é, possuem ao menos um profissional da medicina e pelo menos três profissionais de diferentes campos de conhecimento, além dos agentes sociais.

Dois desses territórios dizem respeito a conjuntos de favela que historicamente marcados por incursões policiais, ausência do Estado de direito e disputas entre diferentes facções do tráfico e milícia. O terceiro território possui projetos de revitalização urbana dada a sua importância para a economia da cidade. Respectivamente, esses territórios foram denominados de Caatinga, Agreste e Mata Atlântica.

Esses contextos de violência, violação de direitos, exceção mas também de solidariedade, condicionam as práticas de cuidado e ganham importância na produção discursiva dos profissionais. Assim, enquanto, no território Caatinga sobressaem os efeitos da violência, a pouca presença do Estado, e como isso interfere na rotina da equipe, no Agreste, ganha destaque os sentidos sobre a maternidade das mulheres que fazem uso de crack e os desafios colocados às práticas profissionais. Já na Mata Atlântica, os discursos se organizam em torno dos entraves da articulação da rede de cuidados aos usuários de crack, com destaque para à garantia do direito à saúde.

Além disso, os profissionais se veem desafiados a produzir práticas de cuidado em saúde na fronteira entre as liberdades individuais e os direitos coletivos. No caso das mulheres usuárias





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dos serviços de CnaR a maternidade torna essa tensão ainda mais dramática, a partir de questões relativas aos direitos da criança e/ou da mãe usuária de SPA em situação de rua.

A análise dos discursos mostrou que quando as equipes de CnaR começaram a se formar tanto os profissionais quanto a própria gestão tinham pouco conhecimento sobre o serviço e o seu *modus operandi* e que foi no compartilhamento do cotidiano que as especificidades do CnaR foi se desenhando.

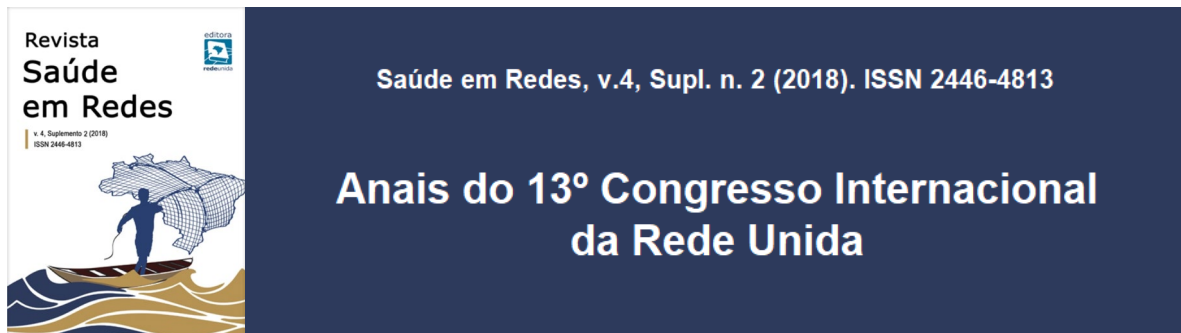
No município do Rio de Janeiro, as equipes se organizam a partir de arranjos multiprofissionais, todavia, por si só ela não é garantia de “resolutividade” e menos ainda de integralidade no cuidado. A ênfase que é dada para composição de equipes para atuar em territórios importantes para o turismo em detrimento de outros de ‘menor valor’, aponta para a baixa institucionalidade da política. No momento da pesquisa, por exemplo, havia territórios com quatorze profissionais e outro com apenas três.

É importante ressaltar que o CnaR, como um dispositivo inserido na agenda da política de atenção básica à saúde, apareceu nos discursos dos profissionais, como dispositivo cuja lógica da organização do processo de trabalho favorece a superação da racionalidade ‘das caixinhas’, isto é, a fragmentação da atenção à saúde em linhas de cuidado para uma perspectiva mais coletiva e complexa, inclusive dos fatores que levam uma pessoa a estar em situação de rua e/ou fazer uso abusivo de uma SPA.

Um aspecto das equipes de CnaR no Rio de Janeiro que se distancia da estratégia saúde da família é não ter o CEP nem o CPF como pré-requisito do acesso a saúde, o que para muitos profissionais é simbolizado como uma radicalização do direito à saúde, fundamental para o exercício de cidadania das pessoas que fazem uso de SPA e/ou em situação de rua.

Os profissionais que compõem as equipes de CnaR no Município vivenciaram diferentes processos seletivos e recrutamento: indicação, convites, processos seletivos para determinado serviço e mais tarde realocados em equipes de CnaR. Os discursos sinalizavam valorização do ingresso nas equipes através de processo seletivo, correntemente referido como ‘concurso’, ao passo que a indicação tendeu a ser vista com menos valor.

Há que se dizer ainda, que o modelo de gestão implementado no Município, optou por organizar as equipes de CnaR a partir de contratos de gestão com diferentes Organizações Sociais (OSS), o que segundo os profissionais, repercute no desenho dos tamanhos das equipes, na prioridade da agenda, no financiamento, bem como na precarização das condições e dos vínculos trabalhistas.



#### CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ao “dar voz” aos profissionais de saúde de CnaR, esse estudo põe em evidência desafios e perspectivas que estão colocados à construção de um modelo de atenção à saúde da população em situação de rua que possa ser efetivamente comprometido com a valorização da cidadania dessa população.

Em que pese a tônica da integralidade no cuidado faz-se necessário: (a) desprecarização dos vínculos trabalhistas; (b) maior investimento na educação permanente; (c) incorporação das discussões de gênero nas equipes, (d) articulação da rede de cuidados, (e) criação dos abrigos de famílias.

Palavras-chave: Crack; Modelo de Atenção à Saúde; Consultórios na Rua



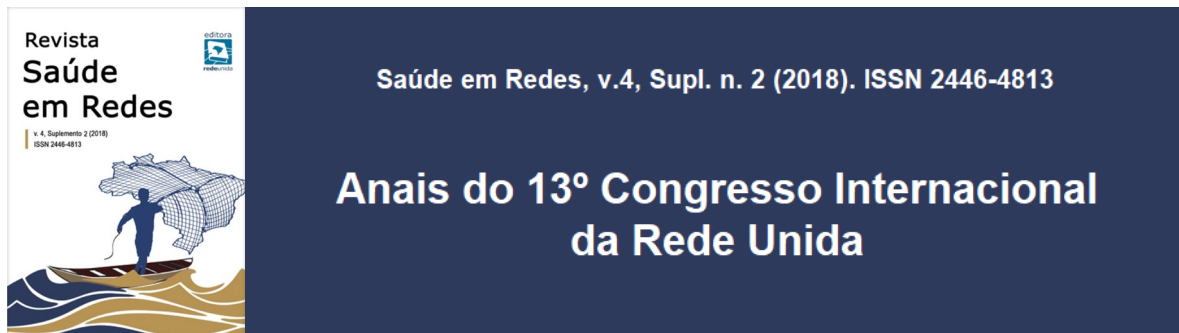
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OFICINA TERAPÊUTICA DE CARIMBÓ: UMA ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM CAPS.

Milene Neves Soares, Eberson Luan Cardoso, Bruna Luana Tavares, Gabriela Joice Cardoso

Introdução: A modificação do formato assistencial da psiquiatria ao longo dos anos vem dando espaço para um contexto onde a desinstitucionalização psiquiátrica se torna o foco. Dessa maneira, a criação Núcleos/Centros de Atendimento de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) como serviços substitutivos do modelo asilar-manicomial contribui para a melhoria da assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico e oferece cuidados que transitam entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar, priorizando a importância da família e do meio sociocultural. A necessidade de adaptar, reinventar e criar novas modalidades no cuidado e conviver com pacientes psiquiátricos tornou-se mais evidente, exigindo assim uma assistência mais flexível e humanizada, e para tal, a equipe multiprofissional de saúde mental têm aperfeiçoado suas técnicas terapêuticas por meio de reformulações teórico-práticas que permitem, além de maior interação usuário-profissional, reavaliar e desenvolver novas formas de cuidado. Dentre as muitas propostas de mudanças nesta assistência, as atividades em grupo passaram a ter maior importância terapêutica, enfatizando-se a participação multiprofissional no processo de reabilitação da saúde mental. Nessa perspectiva, uma das técnicas grupais que pode ser empregada como estratégia terapêutica, é a dança, visto que a mesma oferece um ambiente de diálogo para usuários com diversos tipos de transtornos mentais, possibilitando novas experiências psicológicas, emocionais e físicas, exteriorização de sensações e emoções. A dança possui uma linguagem própria que estimula o usuário a se envolver consigo mesmo, possibilitando a melhora em seu processo de tratamento, onde este passa ter ciência que quando há a impossibilidade de expressar-se com base em sua linguagem verbal, poderá fazê-lo através de uma linguagem corporal, favorecendo, dessa maneira, suas competências comunicativas. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem na condução de uma oficina terapêutica subsidiada pela metodologia ativa com uso da música e dança, para a contribuição na disseminação do conhecimento de práticas assistivas e novas formas de assistência ao paciente psiquiátrico. Descrição da Experiência: A experiência aconteceu durante as aulas práticas da atividade curricular “Enfermagem em



Saúde Mental e Psiquiatria” no CAPS Renascer, que representa um centro de grande porte (CAPS III) com equipe especializada em atenção psicossocial localizado no bairro do Marco, no município de Belém – PA. A oficina terapêutica foi planejada e executada por acadêmicos do 4º semestre do curso de Enfermagem da UFPA e coordenada pela enfermeira-docente responsável, baseando-se no princípio de que a dança possui propriedades terapêuticas e proporciona aprendizados aos indivíduos. Nesse sentido, a oficina foi realizada em dois momentos distintos valendo-se de uma abordagem voltada para a saúde mental dos usuários através de metodologias ativas que visam novas formas de ensino-aprendizagem 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<sup>5</sup>. O primeiro momento foi reservado para a confecção dos trajes de caracterização utilizados na dança (prioritariamente saias, devido à forte presença feminina na oficina), sendo contemplados dois dias para essa atividade, respeitando os limites e capacidades de cada indivíduo. Neste momento, os acadêmicos atuaram de maneira a dar o suporte necessário por meio de dicas e auxílio mínimo à medida que também confeccionavam seus trajes, pois, o estímulo à criatividade, autonomia e apoio mútuo representaram os pontos chave nessa etapa de construção. O momento seguinte contou com a participação dos usuários, já caracterizados com os trajes que os mesmos produziram, que foram incentivados à livre expressão corporal por meio da música e dança. Os acadêmicos atuaram como facilitadores e ensinaram pequenas performances e coreografias ao som de músicas regionais bastante conhecidas do ritmo Carimbó, na medida em que também participavam da dança. Neste momento foi notório o envolvimento dos demais usuários presentes no centro, bem como de colaboradores e terapeutas de referência presentes, todos contagiados pelo momento de descontração. Resultados: A oficina proposta foi muito bem recebida pelos usuários, sendo essa receptividade percebida pela forma surpreendente que o grupo de acadêmicos facilitadores foi acolhido, demonstrando o total interesse do público-alvo pela atividade em questão, se dispendo a confecção dos trajes e expressão corporal por meio de movimentos de dança de forma ativa, onde mesmo aqueles mais tímidos e isolados participaram de forma efetiva. No primeiro momento, notou-se como prevalente a timidez por parte das usuárias, que foram incentivadas à interação por meio de uma abordagem dialógica feita pelos acadêmicos. No segundo momento, porém, notou-se a participação ativa e desinibida,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

marcas do acolhimento satisfatório da estratégia utilizada. Acredita-se que a utilização de oficinas terapêuticas baseadas em metodologias ativas torna-se uma ferramenta que potencializa o tratamento dos usuários, pois, a exemplo dessa experiência, a prática da dança resultou na melhora da autoestima e autoconsciência corporal, promovendo a interação entre os usuários, estímulo à criatividade, além de facilitar e estimular a integração social, bem como incentivar o desenvolvimento e manutenção de capacidades cognitivas e a memória. Por meio desta intervenção percebemos sentimentos de confiança, igualdade, apoio mútuo, em que cada indivíduo pode perceber e reconhecer sua importância no grupo participante da oficina. No campo mental, a oficina permitiu aos usuários apurar sua atenção, cognição, linguagem, bem como se expressar e amenizar os sentimentos de solidão e isolamento pela livre interação em grupo. Conclusão: Esta oficina terapêutica enfatizou a importância do enfermeiro em atividades em prol da saúde mental baseadas na interação contínua com o público e estratégias terapêuticas não convencionais, atuando como facilitador do aprendizado e promoção da saúde mental ao usuário. Deve haver o estímulo a participação ativa na manutenção da saúde de tais usuários, buscando melhora da autoestima e qualidade de vida. Percebeu-se a atuação do terapeuta de referência, neste caso o enfermeiro, no programa de saúde mental, adotando o cuidado continuado por meio de medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, fugindo das perspectivas contensionistas e de vigilância do modelo asilar-manicomial. A experiência permitiu o contato com realidades diversas, proporcionando a obtenção de conhecimentos e aprendizados à formação profissional, uma vez que o uso da metodologia ativa no processo de aprendizagem propiciou problematizar sobre as atuais condições de vida dos usuários, proporcionando a reflexão sobre suas formas de vivência e de relacionamento, bem como sob os modos intervir nas situações de maneira a adaptar a assistência de enfermagem a esta realidade. Portanto, é de extrema importância a realização desse tipo de oficina, permitindo novas formas de expressão, sendo um espaço onde os indivíduos podem manifestar sua opinião na formulação de coreografias, expressarem seus sentimentos na dança, como também uma forma de lazer. Percebeu-se a grande importância que as atividades em grupo representam no campo da saúde mental, e propõe-se que essas sejam ainda mais estendidas para fora dos limites do CAPS, bem como uma maior utilização de oficinas terapêuticas voltadas para livre expressão corporal por meio da dança.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: saúde mental; terapia pela arte; metodologias ativas.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERFIL DE SAÚDE DO IDOSO RIBEIRINHO, CADASTRADO NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL-PARINTINS AMAZONAS

Flávia Maia Trindade, Fernanda Farias de Castro, Evelin Gonçalves de Vasconcelos, Ghedria Loyanna Martins Batista, Euler Lira Pereira, Leidiane Santarém Valente, Layanne Tavares dos Santos, Glauber Farias da Silva Junior

Nos últimos anos o Brasil vem sofrendo inúmeras transformações demográficas, epidemiológicas e sociais, devido à incorporação de tecnologias novas, conquistas sociais e políticas, dando destaque dentre essas transformações ao envelhecimento populacional que vem crescendo significativamente nos últimos anos. Este trabalho aborda sobre as condições de Saúde do Idoso Ribeirinho, cadastrado na Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona rural do município de Parintins-AM. O mesmo foi desenvolvido com 96 idosos na comunidade de Santa Maria Da Vila Amazônia e na comunidade do Bom Socorro do Zé - Açú onde há Unidade Básica de Saúde – UBS e equipe de Estratégia Saúde da Família para atender a população. Este teve como principal objetivo investigar as condições de saúde do idoso ribeirinho, cadastrados na Estratégia Saúde da Família da Zona Rural do município de Parintins, Amazonas. E como específicos: identificar quais os reais problemas de Saúde auto referido dos idosos ribeirinhos; descrever que estratégias utilizam para resolver os problemas de saúde; identificar que tipos de assistência à saúde estão disponíveis e acessíveis aos idosos na comunidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de natureza quantitativa, sobre as condições de saúde do idoso ribeirinho, realizada em duas Unidades Básicas de Saúde da Zona Rural do município de Parintins, Amazonas. A população estudada foi idosos com 60 anos ou mais, cadastrados na Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Zona Rural do Município de Parintins - Amazonas, pertencentes a UBS da comunidade da Vila Amazônia e Bom Socorro do Zé Açú. Sendo investigados 96 idosos das comunidades da Vila Amazônia e Zé Açú. Para realizar a investigação sobre a saúde do idoso ribeirinho foi utilizado um questionário padronizado com informações demográficas, econômicas, suporte social e familiar do idoso e suas condições de saúde. Dentre os entrevistados estavam 42% (40) homens e 58% (56) mulheres, sendo estes 69% (66) idosos da comunidade da Vila Amazônia e 31% (30) idosos da comunidade do Zé-Açú. Mostrando que o gênero feminino apresenta-se em número maior do que o



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

masculino, sendo 56 idosas e 40 idosos, com diferença de 16 para o sexo feminino. Sobre o item raça foi verificado que 10% idosos consideram-se da raça branca, 7% da raça negra, 1% da raça amarela, 3% consideram-se mulatos e 78% dos idosos dizem ser pardos. A respeito do item estado civil 39% dos idosos dizem ser solteiros, separado, ou viúvos, 61% dos idosos são casados ou vivem em uma união estável. Quanto à escolaridade nota-se que nas comunidades rurais o nível de escolaridade é muito baixo, pois a maioria dos idosos entrevistados o equivalente a 57% estudou apenas até o primário e outra porção o que equivale a 22% nunca estiverem em uma sala de aula para estudar, o que é comum nessas regiões devido à dificuldade de deslocamento para chegar até a escola, sendo um fator influenciador para a evasão escolar no meio rural. Sobre em que trabalharam 53% dos idosos passaram a maior parte de sua vida trabalhando na agricultura, 19% dos idosos trabalharam na juta como juteiros, 5% trabalharam na carpintaria e 7% como doméstica, os outros entrevistados equivalentes a 16% trabalharam em atividades distintas, sendo essas profissões as seguintes: madeireiro, marítimo de barco, professor, funcionário público, cozinheira, costureira, artesão, mecânico e vendedores. Quanto à aposentadoria 78% equivalente a 75 idosos são aposentados e 22% que equivale a 21 idosos não possuem aposentadoria, passando a ter como ajuda financeira seu trabalho, plantio e venda dos produtos agrícolas e ajuda dos parentes. A respeito dos problemas de saúde auto referidos pelos 96 idosos entrevistados a hipertensão foi a mais frequente com 40% de casos, em seguida, os problemas na visão com 23%, posteriormente o reumatismo ou doenças reumáticas (artrite, artrose, osteoporose, etc.) com 15%, depois o diabetes com 14% e 4% de problemas cardíacos. Além de 47% de outras doenças, que incluíam dor na coluna, hérnias, gastrite, cansaço muscular, fraqueza, dor de cabeça, entre outras. Nota-se que os problemas vivenciados pelos idosos residentes em meio rural, são os mesmos dos residentes em área urbana, inclusive citando as mesmas doenças. No entanto essas condições de saúde podem ser menos assistidas ou em condições agudas, serem agravadas pela falta de serviços de saúde disponível na localidade. O idoso da zona rural, não tem acesso direto e rápido aos serviços de saúde, levando-o ao agravamento dos casos ou não tratamento adequado. Sobre o item de uso de medicamentos 15% dos idosos fazem uso de captopril, 14% usam AAS (ácido acetil salicílico), 10% utilizam a hidroclorotiazida, 7% fazem uso de diclofenaco, 3% usam metformina, 2% fazem uso de glibenclamida, 52% relatam fazer uso de outros medicamentos, em especial àqueles para alívio de dores osteoarticulares. Quanto aos





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

serviços de saúde que estes buscam para solucionar seus problemas de saúde 89% respondeu que busca atendimento no posto de saúde da comunidade, ou seja, na Unidade Básica de Saúde - UBS, 7% busca atendimento no hospital, isto é, quando necessita de atendimento vem à sede do município e se dirige a um dos hospitais da cidade e os 4% informou que quando precisa cuidar de sua saúde vem a Parintins e procura uma UBS para tentar solucionar seus problemas. A respeito da utilização de remédios caseiros, 72% dos idosos relatam fazer uso de remédios caseiros, como chás, garrafadas, infusões dentre outros. Apenas 28% informou não fazer o uso de remédios caseiros. Quanto ao tratamento alternativo, 40% dos pesquisados informaram buscar atendimento com puxador, 9% com puxador/benzedeira, 2% com rezadeira, 1% com curandeiro e 48% não busca nenhum tipo de tratamento alternativo. O envelhecimento populacional é um fator de destaque dentro das inúmeras transformações que o país tem passado. Essas mudanças trazem alterações na vida da pessoa idosa, fazendo com que haja modificações no estilo de vida, meio familiar e saúde desta população. Ainda que o envelhecimento não seja o mesmo que adoecimento, este traz várias alterações, inclusive as fisiológicas na vida da pessoa idosa, tornando-os mais suscetíveis e predispostos a doenças, principalmente as patologias crônico-degenerativas. Com o aparecimento de morbidades os idosos buscam atendimento nos serviços de saúde, pois é direito deste ter assistência de saúde nos diversos meios de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em ambiente urbano, quanto rural. A permanência da população de idosos em áreas rurais, principalmente nas ribeirinhas da Amazônia, nos leva a pensar em adequações dos serviços de saúde prestados a essa população, para que eles tenham acesso aos mesmos serviços oferecidos para os idosos que vivem na área urbana, já que isso é garantido a estes. A coleta de dados junto à população idosa nas comunidades, pesquisando aspectos socioeconômicos e percepção de saúde individual, torna-se indispensável para gestores públicos e para o profissional enfermeiro, pois auxilia na implementação de estratégias e ações políticas que irão favorecer o bem-estar físico, mental e social dos idosos, fundamentadas não somente em seus direitos, mas em suas verdadeiras necessidades e nos fatores de risco à saúde. Os resultados desta pesquisa reforçam, em parte, os estudos com a mesma população, como exemplo, a predominância do sexo feminino e o número de idosos com Hipertensão o que suscita a necessidade de avaliar esta peculiaridade de modo mais aprofundado em novas pesquisas.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Saúde, Idoso Ribeirinho, Enfermagem.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: MOVIMENTOS DE DESCONSERTÂNCIA, DESCOBERTA E ALEGRIA DE UM TERRITÓRIO VIVO

Joélia Oliveira dos Santos, David Gomes Araújo Júnior, Mônica dos Santos Ribeiro, Normanda de Almeida Cavalcante Leal, Caroline Rillary Vasconcelos Farias, Isabele Mendes Portella, Fablicia Martins de Souza, Elaine Cristina Mendes de Araújo

O presente trabalho versa sobre a territorialização em saúde com o objetivo de apresentar a experiência da equipe multiprofissional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) em articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Sobral-CE. O processo de territorialização acontece anualmente na ESF da cidade de Sobral-CE em que as equipes de referências e equipe multiprofissional da RMSF - sendo a última composta por enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, dentista, terapeuta ocupacional, educadora física e psicóloga - se articulam para entrar em contato com a realidade cotidiana. Trata-se de uma ferramenta na qual as equipes através de um instrumento de territorialização buscam conhecer tanto as dimensões físico-geográfico quanto social, histórico, cultural, simbólicos, subjetivos e políticos que compõem o território adscrito da ESF dos Centros de Saúde da Família (CSF) da Expectativa e do CAIC.

A partir do instrumento, busca-se refletir as necessidades de saúde e construir estratégias de enfrentamento. Para tanto, destacam-se algumas etapas, sendo que: a etapa 1 busca resgatar e reconstruir a história social do território, bem como de seus moradores, possibilitando aos trabalhadores de saúde entrar em contato com os eventos e processualidade que produziram o território atual na qual a ESF se insere; etapa 2, perfil territorial-ambiental em que as dimensões físico-geográficas se evidenciam como, por exemplo, a extensão territorial de adscrição, perímetro urbano ou rural, áreas de lazer, áreas de risco ambiental, bem como a localização da rede de atenção à saúde, os equipamentos e serviços sociais existentes no território; etapa 3, perfil demográfico sócio-econômico e cultural, onde é possível identificar mais detalhadamente dados sobre a população local, as famílias, o número de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como se dão as formas de acessos aos serviços de saúde, educação e equipamentos sociais, assim como sobre as condições de renda e as situações de riscos e vulnerabilidades sociais em que as famílias estão expostas com ênfase para situações de violência e pobreza. Destacam-se ainda nessa



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

etapa os aspectos históricos e culturais a partir dos grupos comunitários presentes e dos espaços de cuidado desenvolvidos no território;

Na etapa 4, destaca-se o perfil institucional sobre o CSF e seus modos de funcionamentos, as áreas de cobertura, as equipes de referência e de apoio, incluindo as equipes de RMSF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); etapa 5 participação e controle social com ênfase para o conselho local de saúde que se configura como espaço democrático na qual se problematiza as situações de saúde das pessoas do território, as condições de existências e problemáticas enfrentadas, ou seja, espaço de luta e reivindicação por modos de vida mais justas e menos desiguais. Para isso, destaca-se a importância em identificar as lideranças comunitárias e os movimentos engendrados pelos coletivos no território, sobre as fragilidades, desafios e potencialidades dos mesmos;

E, finalmente a etapa 6, tem-se o perfil epidemiológico que possibilita uma melhor visualização da situação de saúde da população, com ênfase a saúde da criança, da mulher, do adolescente, do idoso, além de dados acerca da mortalidade, as principais causas de óbitos na população geral no território, sobre natalidade, doenças infecciosas e transmissíveis e sobre as condições crônicas.

Essas são algumas das principais etapas que constituem o instrumento que auxiliam as equipes no processo de territorialização, posto que a partir do contato com a realidade e mapeamento das situações e dimensões que constituem o território possibilitam visualizar, problematizar e analisar o território sanitário e o cotidiano na qual as vidas das pessoas se tecem. Tal ferramenta potencializa a construção de estratégias de gestão e de planejamento para a inserção e atuação das equipes, de modo que os indicadores de saúde e os determinantes sociais passam a fazer parte das formas como as equipes compreendem e desenvolvem as ações de saúde e cuidado.

Esse processo possibilita contato com o território cotidiano, que passa a ser refletido e vivido a partir de suas fragilidades, potencialidades e modos de organização social e cultural, isto é, a partir de uma perspectiva contextualizada e histórica que reflete e respeita os acordos e modos na qual as pessoas se constroem em seus fluxos de existência.

Assim, tanto o modelo de gestão e atenção é repensado, como a própria ESF e as redes que constituem o cuidado e suas diversas formas existentes no território. Principalmente quando tomamos como referência nossa experiência de territorialização na Expectativa e no CAIC em que os processos de saúde, adoecimento e cuidado se (re)inventam a medida que entram



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

em contato com o cotidiano da vida, em articulações diversas, atravessadas principalmente pela cultura popular.

Em nosso território se destacam as práticas populares de saúde engendradas por rezadeiras/benzedadeiras. Atores sociais que representam no território expressões de fé e espiritualidade como formas de cuidado e saúde. Pessoas respeitadas e protagonistas na produção de práticas de cuidado para além do modelo biomédico e hospitalocêntrico.

A territorialização tensiona não apenas o contato com o território, mas com suas problemáticas, desafios e potencialidades, assim como com as pessoas que o constituem, que adoecem, sofrem, sonham e inventam formas de viver e de cuidar de si e dos outros. E que, portanto, podem possibilitar às equipes de saúde novos ensaios das práticas, em que a dimensão da clínica do cuidado se amplia e se contextualiza com a vida que se tece nos territórios. Em que os processos de adoecimento, saúde e cuidado escapam a lógica de saúde como ausência de doença, pois, as pessoas não apenas adoecem, mas adoecem de determinados modos, em realidades singulares, em territórios geográficos, simbólicos e existenciais.

Assim a territorialização em saúde vai se configurando como estratégia potencializadora do fazer da ESF na medida em que se torna ação, vivencial e em contato com a vida das pessoas.

O processo de territorialização em saúde possibilitou tanto as equipes de referências quanto à equipe multiprofissional da RMSF, uma experiência orgânica de contato, exploração e entrecruzamento com as diversas dimensões do território vivo. Configurou-se como movimento de atravessamentos e engendramentos em que profissionais de saúde se encantam e se encontram com os desafios e possibilidades múltiplas e heterogêneas do processo de produção e (re)invenção do cuidado em saúde contextualizado com o território, suas paisagens, atores e necessidades. Portanto, a territorialização nos alerta para a produção de saúde e cuidado em que a vida cotidiana no território é que produz pistas de como o trabalho da ESF deve se construir.

Palavras-chave: Territorialização em Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família.



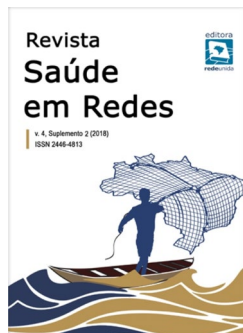
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A UTILIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO E DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PROMOÇÃO DE EQUIDADE NO ATENDIMENTO A PARTURIENTE.

Victor Paixão, Elyade Nelly Pires Rocha Camacho, Elyade Nelly Pires Rocha Camacho, Ewerton Beckman, Ewerton Beckman, João Eduardo Barros Branco, João Eduardo Barros Branco, Vera Lucia Azevado Lima, Vera Lucia Azevado Lima, adria Vanessa Silva, adria Vanessa Silva, Ana Karoline Souza Silva, Ana Karoline Souza Silva

**APRESENTAÇÃO:** O direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal e estipula o acesso à saúde para todos, como objetivo de Estado. Como importante projeto de reforma sanitária o Sistema Único de Saúde (SUS) reorienta o fluxo dos serviços e promove um esforço gradual para efetivar os pilares de universalidade, integralidade e equidade para os usuários. Tal medida norteia a criação de políticas públicas mais eficientes, respeitando as reais necessidades da população e convergindo para um serviço mais eficaz. Mas especificamente para a população feminina, em 2004 é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, dentre todos seus aspectos apresentados, almejam a integridade da saúde da mulher em todos seus ciclos de vida. A saúde da gestante e do neonato, nos últimos anos, vem ganhando o devido enfoque por parte da sociedade e principalmente, das políticas públicas. A atenção primária, é fundamental no processo acompanhamento da gestante, sendo a porta de entrada desta no sistema, neste nível ela terá acesso as devidas instruções, recomendações, consultas e os mais diversos exames laboratoriais, com o intuito de trazer mais qualidade na atenção à saúde da mulher e da criança. No entanto, as altas taxas de mortalidade desse binômio ainda são preocupantes, mesmo em um cenário de grande avanço técnico-científico- informacional que o país passa, ainda hoje, existem dificuldades nos modelos de atenção e gestão dos serviços, referente a forma como a gestante é atendida, dificuldades de acesso, demora no atendimento, ausência de profissionais, que prejudicam sua adesão ao pré-natal, principalmente na atenção básica. Atrelada a esta situação, muitas gestantes chegam as unidades de atendimento hospitalar sem o devido esclarecimento e apresentando complicações, requerendo uma maior organização do fluxo para a garantia de seu atendimento. Nessa perspectiva o acolhimento e classificação de risco, apresentam-se nas unidades hospitalares como instrumento de organização do fluxo, capazes de identificar casos críticos e graves, ofertando um



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atendimento mais rápido e eficiente, diminuindo o tempo de espera e melhorando a satisfação das usuárias. OBJETIVO: Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Pará durante a realização do semi-internato em obstetrícia no setor de acolhimento e classificação de risco da Fundação Santa Casa de misericórdia do Pará (FSCMPA).METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, realizado por Acadêmicos do 7º semestre em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, cursando a disciplina do semi-internato em obstetrícia, no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. O estudo teve como cenário o setor de acolhimento e classificação de risco, no térreo da Unidade de média e alta complexidade da FSCMPA, referência em atendimento obstétrico e neonatal no estado do Pará, localizada no município de Belém. Para construção desse artigo, se fizeram necessárias 3 etapas, visita técnica supervisionada, fundamentação teórica, por meio da leitura de artigos científicos, encontrados na Biblioteca virtual de Saúde (BVS) e apreciação crítica da realidade. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O semi-internato é uma estratégia metodológica que possibilita que o acadêmico, seja de enfermagem ou de qualquer outra área da saúde, tenha uma aproximação com o serviço e um maior amadurecimento profissional, por meio aplicação do conhecimento teórico adquirido na academia, na realidade prática. Durante o estágio supervisionado, os alunos dispõem de algum tempo para compreender a dinâmica do setor, principalmente no que desrespeita ao seu fluxo de atendimento e organização dos serviços, que começa com acolhimento e classificação de risco, passando pela consulta médica, se necessária uma maior investigação, são realizados exames específicos, sendo solicitada sua internação, se não houver necessidade de internação a usuária recebe as devidas orientações e sua alta. O hospital encarrega-se das demandas obstétricas de toda região metropolitana de Belém e dos demais municípios do estado do Pará, tonando-se um grande desafio na garantia da universalidade do acesso e da integralidade das ações, frente a essa forte demanda, longos períodos de espera para o atendimento a parturiente são inevitáveis, comprometendo a qualidade da assistência e a satisfação das usuárias. No entanto, a carência do atendimento pré-natal na atenção básica, a falta de esclarecimento das gestantes e o desrespeito a rede de atenção, são fatores que influenciam direta e negativamente no aumento da demanda e na dificuldade na assistência, evidenciado pelo grande número de usuárias que dão entrada na instituição de forma prévia e outras em estágios críticos ou graves, que deveriam ter sido melhor investigados durante



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

as consultas no pré-natal. Através do acolhimento e classificação de risco, as gestantes são direcionadas para atendimentos de emergência ou imediato, muito urgente ou mais rápido possível, urgente ou que ainda possui condições clínicas para aguardar, pouco urgente que exige atendimento médico ambulatorial e não urgente que não oferece risco e apresenta menor complexidade, sendo indicados pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul respectivamente. Dessa forma o acolhimento e classificação de risco, surgem como um instrumento para organização do serviço na instituição de referência, por meio deles é realizado uma avaliação dos sinais e sintomas, classificando-se os casos de forma universal e especializada, estabelecendo prioridade aos casos críticos e graves, otimizando o tempo de atendimento e promovendo uma maior equidade na espera. **CONCLUSÃO:** A organização dos serviços de saúde, requer profissionais capacitados para atuar, da menor para a maior complexidade na rede de atenção. Contudo, as falhas na dinâmica do sistema, são recorrentes, elas tendem a surgir desde a atenção primária, indo para o meio intra-hospitalar, comprometendo a qualidade serviço oferecido à sociedade, que outrora, lutou por um sistema de saúde digno. Um pré-natal mal feito, onde as informações necessárias passam despercebidas, pode resultar futuramente no mau prognóstico à gestante e seu filho. Como reflexo dessa falta de comprometimento e profissionalismo por parte de inúmeros profissionais da saúde, o caos se instala na recepção das unidades hospitalares, amontoando pacientes, sujando a imagem da gestão hospitalar, prejudicando o binômio mãe-feto. Diante ao exposto, o setor de acolhimento e classificação de risco, surge com um importante papel organizacional, classificando de forma especializada os quadros clínicos das parturientes, garantindo aos casos mais complexos atendimento rápido, garantido o acesso universal com equidade.

Palavras-chave: obstetrícia, triagem, enfermagem





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE PRODUÇÃO DO CUIDADO: VIVÊNCIAS NO GRUPO DE IDOSOS

Adilson Ribeiro Santos, Alba Benemérita Alves Vilela, Josiane Moreira Germano, Luciana Anjos Aquino, Aline Vinhas Souza, Rafael Santos Almeida, Túlio Batista Franco, Soraya Dantas Santiago dos Anjos

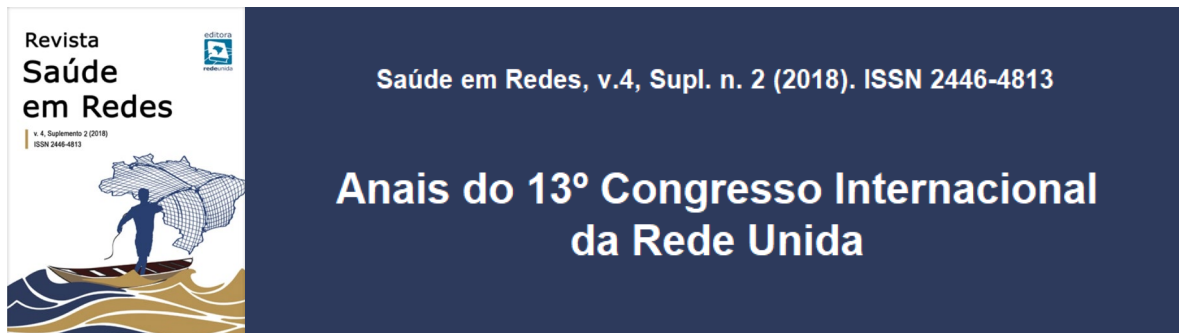
#### APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE

Dada a complexidade do processo de trabalho na Atenção Básica (AB), bem como pela capacidade de resolutividade que se espera desse nível de atenção, assistimos o incremento cada vez maior de novas tecnologias de produção do cuidado na realidade da AB.

A AB está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ocupar uma posição estratégica, destaca-se que entre os principais desafios encontra-se a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB.

Neste contexto, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que são equipes multiprofissionais, compostas por diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e alicerçada nos pressupostos do Apoio Matricial, cujo trabalho deve pautar-se na interdisciplinaridade abarcando as necessidades dos profissionais e das equipes de Saúde da Família e equipes de AB para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais)<sup>1</sup>. O trabalho do NASF deve ser compartilhado por meio de práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, sempre no auxílio do manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como a agregação de práticas, na AB, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Assim, o NASF constitui-se como um dispositivo potente e estratégico para a melhoria da qualidade da AB, uma vez que amplia o escopo de ações neste contexto e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Com o primado do trabalho na universalidade, tomando a inversão da pirâmide etária e aumento das doenças crônicas, a população idosa aumenta de maneira significativa, convidando ao refazimento do processo de trabalho na AB tal como o incremento de novas formas de produção do cuidado para esta parcela da população.



Diante dos rearranjos necessários para abarcar as novas necessidades no processo de trabalho frente ao envelhecimento, uma das atribuições do NASF é realizar ações coletivas de promoção da saúde. Destarte, este relato traz a experiência do trabalho de uma equipe do NASF com um grupo de idosos de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).

### A EXPERIÊNCIA

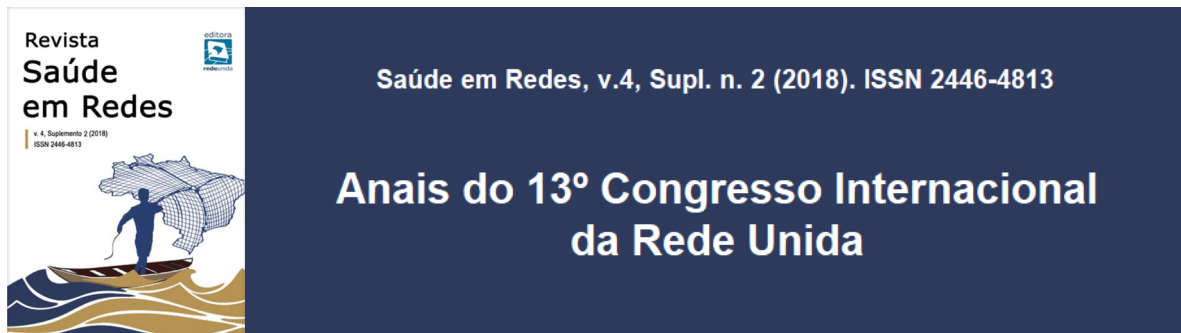
A população adscrita da ESF extrapola três mil pessoas. A população com 60 anos e mais compõe o total de 334 pessoas. Destaca-se que esses dados ainda não representam a totalidade da população, uma vez que ainda se encontra em curso o processo de recadastramento e migração para o e-SUS.

O NASF foi implantado em 2013 e as atividades eram realizadas por uma fisioterapeuta, onde se executavam salas de espera, atividades recreativas em datas comemorativas e exercícios. Não havia um profissional de Educação Física na época, mas as atividades contribuíram para a formação dos grupos. Dentre os participantes assíduos, 11 são hipertensos, 4 são diabéticos, e os demais sem enfermidades.

São realizados encontros semanais as segundas-feiras com a presença dos diferentes profissionais que compõem o NASF. Uma das ações mais apreciadas, são as ações das práticas corporais. Estar ativo fisicamente é um elemento chave para a longevidade e para uma vida mais saudável em qualquer faixa etária. A atividade física regular ajuda na manutenção do peso diminui o risco de doenças crônicas e cardíacas, melhora o humor, a autoestima, além de proporcionar ao indivíduo melhor qualidade de vida.

Semanalmente, são realizadas ações de educação em saúde com temas variados com a presença dos diferentes profissionais da equipe. Os temas são previamente dialogados com a equipe da ESF. As ações de educação em saúde potencializam o agir dos usuários, uma vez que a educação em saúde é considerada como um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades, além de contribuir para saúde potencializar o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população.

Os idosos são convidados sempre a produzir lanches saudáveis de maneira coletiva e são proativos também na confecção dos instrumentos para as práticas corporais, assim, foi solicitado aos participantes que levassem garrafas pet (com água) e cabos de vassouras



(para usar como um bastão). Após os exercícios ainda há o lanche compartilhado, onde cada participante leva uma fruta, ou outro alimento e assim é feito um lanche breve, e é um momento também de descontração e bate-papo.

Ressalta-se que as atividades são desenvolvidas em diferentes locais da comunidade como igrejas, sede da associação de moradores e nas praças. Nesses locais em diferentes ocasiões são realizadas ações intersetoriais com a Secretaria de Desenvolvimento Social, buscando a promoção da cidadania desses idosos, muitas vezes vítimas de negligências e abusos.

Dessa forma, o NASF assume posição estratégica nessas ações, uma vez que apesar de fazer parte da AB, não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do NASF se utilizam do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias.

#### IMPACTOS DA EXPERIÊNCIA

Apesar de configurar-se como um desafio constante a sensibilização dos idosos para a permanência no grupo, este espaço se mostra como um local potente de produção do cuidado, uma vez que os idosos mais assíduos relatam sempre a satisfação e a importância do espaço, não apenas para questões relacionadas à saúde, bem como o lócus de produção de vida, de encontros para um bate papo e recreação.

Cabe o destaque também ao fato de ser possível observar mais de perto algumas patologias como o diabetes e a hipertensão, uma vez que são triados antes das atividades. Este simples feito tem contribuído para o monitoramento mais frequente de alguns desses idosos e consequentemente, diminuindo as possibilidades de adoecimento. Por conseguinte, espera-se que o NASF potencialize sua capacidade de ampliação da resolutividade da AB, produzindo para além do cuidado em saúde a promoção da cidadania dos usuários do SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família; Cuidado; Idosos.



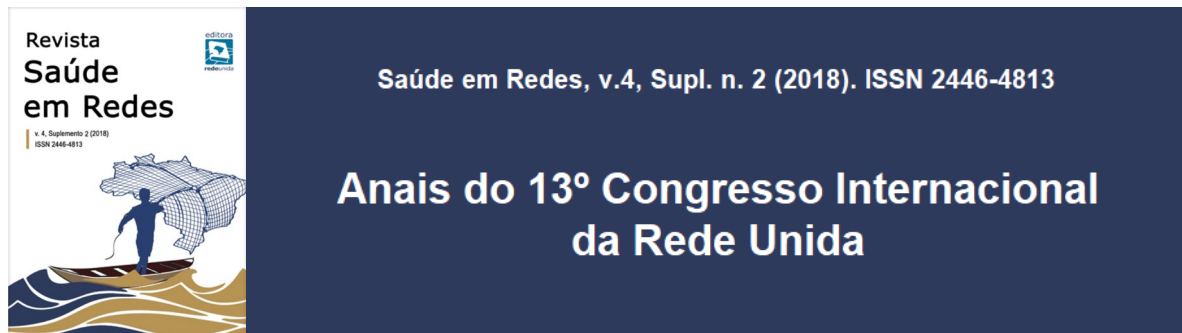
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DA UNISC: DIÁLOGOS INTERVENTIVOS E INVESTIGATIVOS

Eunice Maria Viccari, Angela Cristina Ferreira da Silva, Rafael Kniphoff da Silva, Leonel Pablo Carvalho Tedesco

**Apresentação:** O presente trabalho é resultado de pesquisa do estado da arte sobre Tecnologia Assistiva (TA) associada a inclusão social, num diálogo com os usuários com deficiência física atendidos no Serviço de Reabilitação Física de Nível Intermediário – SRFis, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, conveniado com Ministério e Secretaria de estado da Saúde o Serviço atende a 68 municípios das regiões dos Vale Rio Pardo, Taquari e Jacuri do estado gaúcho. A pesquisa objetivou a conhecer, acompanhar e criar de adaptações personalizadas de TA para a vida desses usuários e se efetivou através de Grupos Focais-Gfs com a parceria de docentes dos cursos de Serviço Social, Ciência da Computação, Engenharia da Produção, Fisioterapia e os profissionais terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta, contratados do SRFis, integrados ao Núcleo de Tecnologia Assistiva da UNISC. Perseguindo os significados da TA: Atualmente a TA reside num paradigma que vem sendo apropriado gradativamente por pesquisadores e gestores como contribuição para as políticas públicas no âmbito da educação e saúde predominantemente. O conceito vem evoluindo e se estabelecendo no cotidiano na medida em que possibilita avanço de direitos sociais aos que deles necessitam em decorrência de situações congênitas ou adquiridas ao longo da vida seja por deficiência ou por velhice. A TA é entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização de uma função desejada que se encontra impedida por circunstância da deficiência apresentada. Consiste tanto na criação, quanto na complementação de recursos ou auxílios às pessoas com deficiência. No SRFis, lócus da pesquisa, a TA envolve órteses, próteses e meios de locomoção, possibilitando que pessoas com deficiência tenham disponibilizadas melhores condições de saúde, e assim avancem na qualidade de vida. Com base na experiência em desenvolvimento com pessoas com deficiência física, tem sido adotado o conceito de TA como ajudas técnicas, utilizado na legislação brasileira, quando trata de garantir: produtos, instrumentos e equipamentos ou tecnologias adaptadas ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade



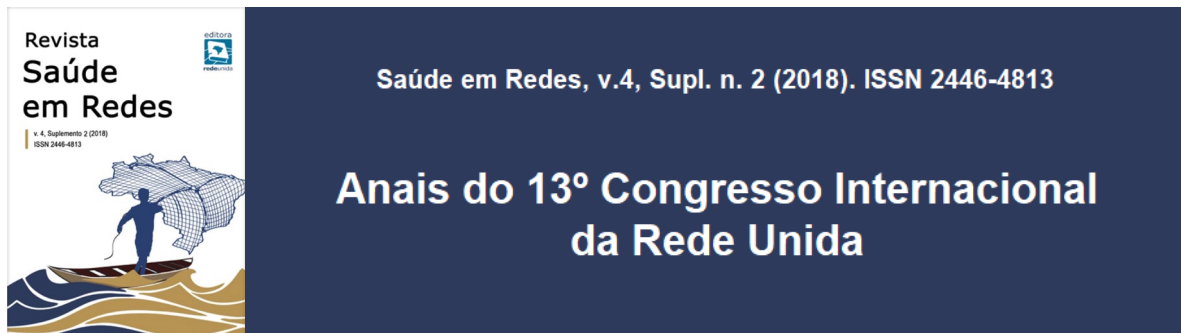
reduzida, favorecendo a autonomia pessoal. A informação e o desenvolvimento da linguagem, adotada através da pesquisa, possibilitou significar e ou ressignificar os conhecimentos e autoconhecimentos de cada um dos integrantes do grupo. Evidências foram constatadas através da necessidade de transcender o conhecido e adentrar no desconhecido das subjetividades e intersubjetividades em favor de expressões que denotaram adaptações em suas TA. Associar essas tecnologias à informação e ao diálogo envolve o direito do cidadão e dever do Estado diante do contexto de desigualdades sociais a que essas parcelas da população estão expostas. Portanto, é imprescindível introduzir dinâmicas que quebrem esse círculo vicioso do desconhecimento da informação como possibilidade de criar mediações sobre o ato de pensar, conhecer e conhecer-se ao trabalhar com pessoas com deficiência e o acesso a TA como direito social e o favorecimento à inclusão social. Resultados no cotidiano: Nos momentos em que foram coletadas as percepções dos usuários participantes do SRFis sobre suas TA, detectou-se que esses dispositivos poderiam passar por adaptações. Essas evidências foram constatadas em função do desenvolvimento da autonomia que possibilitou aos usuários se manifestarem sobre seus confortos e desconfortos na utilização dos dispositivos diante do de ir e vir, utilização de espaços de lazer, cultura e em atividades vinculadas ao mundo do trabalho que potencializam a inclusão social. Cabe evidenciar que a inclusão é decorrente de processos históricos de exclusão social, portanto dois conceitos que diferem e, ao mesmo tempo, se completam. Considera-se que os processos de inclusão social levam em conta, concomitantemente, a superação de desigualdades já instituídas e vigilância para que esses não reproduzam outras. Portanto, implica também vigilâncias desses processos nas ações que afirmam a inclusão social de forma a respeitar a diferença. Esses dispositivos fomentam e potencializam a inclusão social nas diferentes dimensões da vida. A TA sinaliza um processo em permanente construção com vistas ao desenvolvimento de habilidades perdidas ou reduzidas a fim de proporcionar a inclusão para além das responsabilidades familiares. Constitui-se de um avanço do acesso a direitos em que, embora ainda com limites, as políticas públicas é que apresentam perspectivas de inclusão. Exemplos variados são identificados no trabalho realizado no SRFis, confirmado por fragmentos de falas de usuários. O fato dos participantes exporem suas percepções, necessidades, dúvidas, avanços, conquistas e dificuldades cotidianas, potencializou os encontros com suas semelhanças e diferenças, fundamentais para o diálogo. Essas se afirmaram, a partir de experiências e vivências individuais, mas sobretudo pela



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

oportunidade de convívio no coletivo onde se estabeleceram os diálogos entre os usuários a partir da pesquisa. Nesse sentido, foi percebido movimentos individuais ao encontro com a alteridade como forma de expressão, de significar e de ressignificar suas vivências acerca de amputações, compreensões e utilização das TAs. Os resultados dessa pesquisa vem empoderando: a) os pesquisadores que conseguem perceber as condições sociais, familiares, interpessoais e pessoais. Isto permite uma aproximação com um trabalho permanente no âmbito da integralidade, princípio perseguido no campo da saúde. Reside num processo que só ocorre mediante aproximações sucessivas e, sobretudo, quando há articulação entre áreas do conhecimento que desejam atrelar intervenção com investigação e vice-versa. Criam um espaço de diálogo permanente, mediado por aprendizados coletivos (pesquisadores, estudantes, usuários e familiares e ou cuidadores) essenciais para o processo formativo dos estudantes; b) os usuários por compreenderem e atribuírem significados à situações vivenciadas. Situações que materializam em palavras seus desafios e suas possibilidades; c) estudantes que exercitam a investigação, planejamento, desenvolvem e executam ações interventivas ampliando seus conhecimentos para além da sala de aula numa articulação ensino, pesquisa e extensão. Considerações finais: A pesquisa realizada se apresentou como uma conjunção que fortalece e evidencia a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão universitária, uma premissa perseguida é possível no âmbito universitário. O diálogo entre essa tríade, possibilita transcender situações de TA já instituídas, trabalhando em situações instituintes que até então encontravam-se veladas e desprovidas da voz dos usuários. Atuar, conhecer e materializar dispositivos de valor de uso para pessoas com deficiência, sem dúvida, reside em gratificação acadêmica o que pode e é desenvolvido pela extensão, ensino e pesquisa universitária. A proposta de trabalhar investigação a partir de atividade de extensão e, na sequência pesquisa através dos procedimentos de GFs, evidenciou a materialidade da articulação destes três pilares do ensino superior. O diálogo estabelecido entre os docentes que atuam na extensão e os responsáveis pela pesquisa residiu no agenciador para que estudantes inseridos na extensão universitária através do SRFis dialogassem com o aprendizado prático que os referencia a partir do ensino de graduação. Observou-se que no âmbito dos direitos sociais, há muitas pessoas que os desconhecem, e outras também encontram-se desprovidos de autonomia para acessá-los. É imprescindível que as informações sobre os mesmos sejam veiculadas e



fortalecidas de modo que os usuários desenvolvam ativos pessoais para avançarem no seu processo de cidadania.

Palavras-chave: Tecnologia assistiva, atenção e formação em saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### criação de política de saúde mental da universidade federal de são carlos

Taí-s Bleicher

A reforma psiquiátrica brasileira tinha como primeira missão acabar com os manicômios e todas as instituições que possuíssem caráter manicomial e criar uma rede substitutiva de cuidados. Os primeiros equipamentos da reforma foram, portanto, sobretudo voltados ao público psicótico. Entretanto, com o seu avançar, as demais demandas em saúde mental foram necessitando de programas específicos de cuidado, inclusive tendo em conta os distintos públicos especialmente vulneráveis. Nas universidades, os principais marcos legais que atingem seus públicos geram o SIASS – Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor e o PNAES - Programa Nacional de Assistência Estudantil, e, portanto, impulsionam a criação das políticas públicas locais. A implementação do SIASS e do PNAES foi bastante distinta, entretanto. Para o primeiro, foram criadas claras diretrizes, metas de funcionamento, e foram oferecidas diversas capacitações para viabilizar o novo modelo de atuação. A implementação do PNAES, entretanto, não foi tão bem estruturada, ocorrendo de forma bastante distinta nas diversas universidades públicas federais brasileiras. Ambas as políticas de Saúde foram marcadas por forte investimento financeiro quando foram criadas, ainda na Era Lula, e que foram sofrendo grandes cortes a partir da Era Dilma, e, de forma radical, desde o golpe de Estado sofrido no Brasil em 2016.

O PNAES fez parte de um movimento maior, de um importante processo de expansão e interiorização de universidades. Além do investimento e da ampliação das estruturas, buscava-se fazer uma profunda reforma na educação superior, no nível da graduação, para o aumento da qualidade dos cursos, e melhor aproveitamento de estruturas físicas e recursos humanos das universidades e institutos federais, com diminuição das taxas de evasão e diversificação das formas de acesso. A criação de cotas de ingresso nas universidades foi uma das tentativas de ampliação de seu acesso para públicos tradicionalmente marginalizados, gerando a necessidade de complexificação das ações de Assistência Estudantil.

O objetivo deste trabalho é apresentar as ações em Saúde Mental desenvolvidas na Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR e o seu projeto de alinhamento com a





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

perspectiva da Atenção Psicossocial, a partir do entendimento de que, tanto servidores públicos quanto estudantes universitários são públicos especialmente vulneráveis para a Saúde Mental. Trata-se, portanto, de um relato de experiência.

Como em todas as universidades federais, esse cenário atingiu diretamente a Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, que já executava uma Política de Assistência Estudantil, em consonância com o PNAES. No âmbito da Saúde Mental, o seu Departamento de Atenção à Saúde - DeAS – realizava acolhimentos e triagens; psicoterapia individual; grupos terapêuticos de apoio; oficinas psicoeducativas; atendimento e orientação de pais de alunos, professores e coordenadores de curso; co-coordenação de programa na rádio UFSCAR dedicado ao tema Saúde; supervisão de estagiários do curso de Psicologia da UFSCAR; participação em comissões de avaliação de servidores deficientes; estudos de caso; interlocução e encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; palestras; visitas hospitalares ou domiciliares, dentre outras atividades. As ações, no entanto, estavam pouco articuladas às outras ações já existentes geradas nas unidades acadêmicas da UFSCAR e à produção científica na área.

Por isso, iniciou-se a criação de uma política pública de saúde mental da UFSCAR, para servidores e alunos. Inicialmente, buscou-se mapear as ações já existentes, seus responsáveis, e formar um corpo interdisciplinar que levasse à frente o trabalho. Este grupo de trabalho conta com o apoio da gestão atual, e, especificamente, da Pró-reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis - PROACE. Em fase de tramitação, foi criado programa de extensão envolvendo os departamentos acadêmicos de Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional; além do Hospital Universitário; Secretaria Geral de Ações Afirmativas, Diversidade e Equidade e PROACE. As ações do programa de extensão já estão em andamento, tendo os seguintes eixos de ação: 1. Construção da política de Saúde Mental do Estudante Universitário; 2. Frente de enfrentamento ao suicídio do estudante da UFSCAR; 3. Produção de cartilha sobre saúde mental na universidade; 4. Diagnóstico institucional e perfil de saúde mental na comunidade universitária; 5. Frente de redução de danos; 6. Articulação com a Rede de Atenção Psicossocial dos municípios.

Como em toda política pública de Saúde, inicia-se o trabalho a partir do levantamento epidemiológico do público atendido, com vistas ao melhor planejamento das futuras ações. Este eixo se dará por meio de pesquisa longitudinal com seguimento de dez anos da comunidade universitária, quanto ao sofrimento psíquico. O trabalho se justifica



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

academicamente, uma vez que há poucos estudos sobre a Saúde Mental do estudante universitário, especificamente, e normalmente são voltados para pequenos grupos. Entende-se que é preciso colaborar com estudos de abrangência nacional e contribuir com dados locais e que a assistência não pode realizar suas ações desconectadas da produção acadêmica da área. Da mesma maneira, no que tange à Saúde do trabalhador. A ideia é que o programa ultrapasse o âmbito meramente administrativo e articule ensino, pesquisa, assistência e extensão.

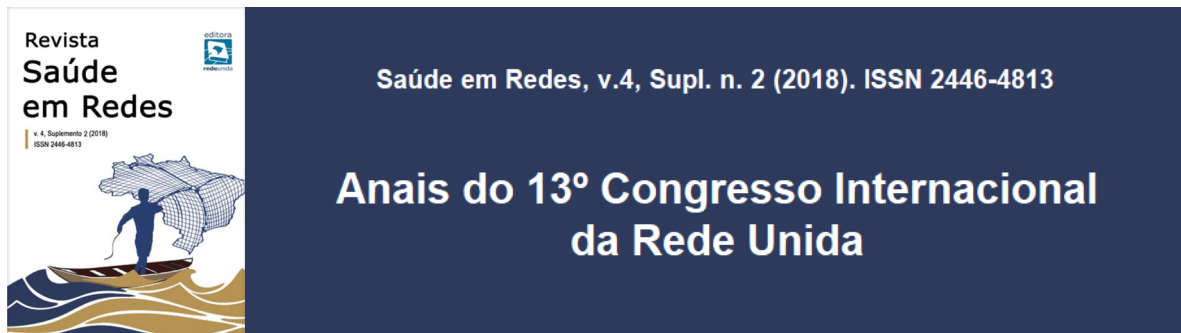
O eixo de construção da política contempla, também, a sua escrita. Portanto, paralelamente, ao programa de extensão, criou-se uma comissão para sua redação e acompanhamento.

Em caráter emergencial, devido aos casos de tentativa e realização de suicídios entre estudantes, foi criada a frente de enfrentamento ao suicídio do estudante da UFSCAR que visa ao cuidado dos casos já existentes, disponibilizar informações para a prevenção de novos casos e, ainda, a promoção de saúde mental. Da mesma maneira, devido à já constatada alta prevalência de casos de AIDS e Sífilis entre os estudantes da UFSCAR, além dos relatos de abuso de substâncias psicoativas, foi pensado no eixo de redução de danos, que, no primeiro semestre de 2018 funcionará como capacitação interna sobre a teoria e a prática da redução de danos.

Em um modelo de sistema universal de Saúde, é impensável que essas ações estejam desconectadas das redes sanitárias das quatro cidades em que estão os campi da UFSCAR. As estratégias integradas servem, inclusive, para evitar que a Universidade assuma responsabilidades que são municipais, especialmente, no âmbito do tratamento. A ideia é garantir a continuidade de cuidados: promoção e prevenção em saúde mental no âmbito universitário, com tratamento nas RAPS. Portanto, o eixo de articulação com as redes de atenção busca criar uma agenda comum de pactuações, distribuição adequada de responsabilidades e tensionamento político na busca de soluções.

Finalmente, pretende-se disponibilizar, de maneira acessível, as informações oriundas de todos esses eixos, por meio de uma cartilha que tenha como público a comunidade universitária.

As ações ainda estão no seu estágio inicial. Neste momento, é possível apontar para a integração dos diversos atores que trabalham com Saúde Mental na UFSCAR, a criação de um grupo de trabalho especialmente dedicado ao tema e a construção de uma agenda de ações comum e integrada.



A criação e execução desta política, em um período de ataque direto aos serviços públicos, em especial os da Educação e da Saúde, são, sobretudo, uma estratégia de resistência. Permitem que os alunos dos diversos cursos envolvidos aprendam como criar, executar, acompanhar e avaliar uma política pública em Atenção Psicossocial em um momento em que o próprio Ministério da Saúde faz violentos ataques ao modelo. Avança, mesmo com todas as adversidades causadas pelos cortes financeiros e demais estratégias criadas para destruir as políticas públicas sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Universidade; Políticas Públicas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O TRABALHO EM “ATO VIVO” NO CAPS BENJAMIM MATIAS FERNANDES: VIVENCIANDO O COTIDIANO DO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS A PARTIR DAS VISITAS DOMICILIARES E AÇÕES DE APOIO MATRICIAL NO TERRITÓRIO.

Nayandra Stéphanie Souza Barbosa, Rejeane Melo Lima Barros, Silvia Batista Nery

**Apresentação:** O presente relato tem como objetivo explicitar as experiências de visitas domiciliares e ações de Apoio Matricial vivenciadas por profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Benjamim Matias Fernandes (CAPS III), localizado na zona centro sul de Manaus, incluindo seu território de abrangência. Esse ponto de atenção à saúde caracteriza-se enquanto um serviço especializado em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em funcionamento 24 h, a unidade conta com a atuação de uma equipe multiprofissional (psicólogos, assistente social, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionista, psiquiatras), realizando acompanhamentos aos usuários e suas famílias através de acolhimentos, oficinas terapêuticas (práticas expressivas, corporais, cidadania, etc.), grupos de psicoterapia com usuários, grupos de apoio ao familiar, plantão psicológico, acompanhamento nutricional, orientação social, consulta psiquiátrica, intervenções em rede (visitas institucionais, apoio matricial) e visitas domiciliares, sendo essas últimas as principais práticas interventivas que favoreceram a observação da dinâmica de articulação de rede no território. Para tanto, salientamos que o conceito de território é fundamental no contexto da saúde mental por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de propiciar o conhecimento e a interação com as dimensões da vida cotidiana dos sujeitos e de sua rede social. Dessa forma, trabalhar no território do sujeito requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas, das famílias, bem como das instituições públicas e sua comunidade. Assim, atendendo aos propósitos deste relato de experiência, apresentaremos algumas vivências de ações que estavam sendo ofertadas para além dos muros institucionais, enfatizando particularmente aquelas utilizadas pela equipe para a efetivação da assistência às famílias em âmbito domiciliar e em território, buscando observar os aspectos psicossociais em situação e refletir sobre a potência de práticas de trabalho em “Ato Vivo”.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Desenvolvimento do trabalho: As práticas de cuidado que visavam contemplar estas especificidades de demandas estavam sendo realizadas por uma equipe nomeada de Equipe de Apoio Matricial, composta por uma assistente social, uma psicóloga, uma psiquiatra, por meio de visitas domiciliares e ações de Apoio Matricial, sobretudo quando havia a necessidade do CAPS articular com os serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS), a saber, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF ou UBSF) e Núcleos de Apoio à Família (NASF). Quanto à metodologia, as intervenções extramuros eram planejadas de acordo com as demandas que chegavam ao serviço, havendo uma agenda de marcação de visitas (domiciliares e institucionais), as quais eram realizadas as segundas e quartas-feiras, somente no horário matutino e quando tinham transporte disponível, geralmente cedido pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Assim, este relato traz algumas observações realizadas em um universo de seis visitas domiciliares distintas e quatro ações de Apoio Matricial, que possam contribuir na nossa discussão, favorecendo reflexões também sobre quais as demandas que levam à realização de ações de cuidados em âmbito familiar e quais os diálogos que emergem quando há a busca destes serviços em prol das famílias em foco.

Resultados e/ou impactos: A partir de nossas vivências, constatamos que ainda estar em construção esse processo de cuidado extramuros e que a pouca cobertura de serviços de saúde comunitária territorializados em Manaus dificulta essa continuidade de forma efetiva, havendo apenas um ou outro caso em que essa continuidade é garantida, sobretudo quando há a existência de UBS, ESF, NASF ou policlínicas no território do sujeito. E são estes casos que gostaríamos de apresentar, pois dentre as vivências que o trabalho no CAPS nos possibilitou, as experiências analisadas neste relato tomam uma significação especial por se tratar das ações de Apoio Matricial em sua essência, inéditas entre os serviços envolvidos, e tão igualmente enriquecedoras e essenciais a todos os sujeitos (usuários, familiares, trabalhadores, pesquisadores, comunidade) que compuseram estas cenas e as tornaram exemplos reais de Apoio Matricial em Manaus. Cabe destacar, que ao adentrar em cada um desses encontros, mantivemos nosso olhar atento ao cotidiano de cuidados nas famílias, buscando desta forma observar os aspectos psicossociais e fatores que emergiam nestas ações, que pudessem implicar em seus acompanhamentos de saúde. Por isso, consideramos pertinente caracterizar os casos de acordo com o “lugar” em que estas famílias apareceram



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

no discurso, nas práticas e no imaginário dos sujeitos em cena. Assim, observamos três tipos de concepções distintas no que tange aos núcleos familiares visitados: como apoio, como problema e como necessidade. Nesse contexto, as duas primeiras concepções nos fazem pensar sobre como a “presença da família” tanto pode ser um fator protetivo, como pode ser um fator de risco no cuidado à saúde, em contrapartida, a terceira concepção nos leva a refletir que a “ausência da família” também é ponto de discussão, pois observamos que “não ter família”, por si só, era fator de preocupação para as equipes, dependendo da gravidade do caso. Tais observações nos fazem pensar que apesar dos inúmeros desafios que se apresentam aos profissionais para que consigam atuar de forma satisfatória e levar até os sujeitos melhorias nos processos de saúde-doença vivenciados, acreditamos que a atuação em território através das visitas domiciliares e, sobretudo, do Apoio Matricial em contato com a rede de cuidados do sujeito e sua família, mostrou-se uma potente maneira de minimizar as lacunas existentes no cuidado cotidiano às famílias, a partir do momento que se propõe o estabelecimento de um trabalho em conjunto, coletivo, compartilhado, possibilitando a construção de um novo olhar sobre os sujeitos e seus meios.

Considerações finais: Diante destas observações, consideramos que essas experiências podem servir como “casos exemplares” de que o matriciamento deu certo! Que é possível ele funcionar na nossa realidade manauara mesmo com um déficit de 16 CAPS para uma cobertura considerada ideal e com menos de 60% de cobertura de Atenção Básica, considerando nosso índice populacional. Para tanto, acreditamos que a melhor maneira de fortalecer essa esperança em tempos melhores na saúde mental e potencializar essa prática é compartilhando nossas vivências, sensibilizando outros profissionais e dando continuidade ao acompanhamento, à participação e às práticas de Trabalho em Ato Vivo na articulação de rede entre CAPS e ABS. Ressaltamos, portanto, que estas unidades da Atenção Básica, demonstraram um admirável trabalho, ao passo que quando há uma articulação de forma efetiva, a inserção da família – sujeito incluído – no seu território de abrangência é facilitada, na medida em que cria vínculos em toda a rede e que tanto os serviços da ABS, como os CAPS e outros pontos da rede intersetorial, corresponsabilizam-se pelo cuidado, beneficiando o acompanhamento dos sujeitos e sua circulação na rede, em consonância com as especificidades de seus cotidianos de cuidados familiares.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Palavras-chaves: Trabalho em Ato Vivo; CAPS; Visita Domiciliar; Apoio Matricial; Território.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O LEGADO ACADÊMICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: OFICINA DE CAIXAS ORGANIZADORAS DE MEDICAMENTOS COM IDOSOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM MANAUS, AMAZONAS

Bruno Viane Real Antonio, Iuri Matias Oliveira Schreiner, Raquel Rodrigues Ferreira Rocha Alencar, Mauro Magaldi Lins, Lilian Cesar Salgado Boaventura, Sílvia Borges, Adelle Soares Gomes, Daniela de Jesus Pereira Segadilha

**Apresentação:** Relata-se a experiência de estudantes de medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) na promoção de saúde através da confecção artesanal, juntamente com um grupo de idosos, de caixinhas de medicamentos para maior adesão terapêutica, facilitação na tomada correta e regular, bem como para a prevenção do esquecimento ou uso incorreto de baixas ou excessivas doses farmacológicas. Objetiva-se descrever o processo de confecção das caixinhas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), sua importância para a população idosa, bem como suas percepções e expectativas.

**Desenvolvimento do Trabalho:** A experiência ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS) Enfermeira Ivone Lima dos Santos, localizada na Zona Leste da cidade de Manaus, Amazonas, em maio e junho de 2017. Contou com a permissão e incentivo da coordenação da UBS e preceptores médicos especialistas em medicina de família e comunidade que lá trabalham. Utilizou-se o “Espaço Saúde”, uma sala ampla com mesas e cadeiras, destinada a atividades comunitárias e reuniões.

Através de parceria firmada com a equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), surgiu a iniciativa da promoção de saúde, por meio da construção manual de pequenas caixas de medicamentos, uma metodologia ativa e participativa direcionada à população idosa.

A obtenção dos materiais contou com o apoio da farmácia da UBS, que gentilmente cedeu algumas dezenas de caixas vazias de medicamentos, do mesmo tamanho e formato. Utilizaram-se também fitas adesivas, pincel marcador permanente preto, emborrachados nas cores azul, amarelo e laranja, tesoura e cola quente.

O primeiro momento com o grupo de idosos foi marcado pela apresentação da ideia, checagem da aceitação e receptividade da mesma, escuta das opiniões e solicitação das





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

receitas médicas de uso regular para planejamento do número de caixinhas e a disposição das figuras e prescrições.

Para facilitar a montagem, os emborrachados tiveram formatos de sol e lua desenhados e recortados previamente pelos estudantes. O segundo momento foi a realização da oficina de confecção das caixinhas organizadoras de medicamentos. Um total de 12 idosos participaram da montagem de suas caixinhas, colando-as umas às outras na lateral com cola quente. Optaram pelas cores de sua preferência, tamanho das letras e/ou figuras e disposição das mesmas.

Cada espaço da caixa organizadora era destinado a somente uma medicação. Eram coladas as figuras do sol ou da lua, desenhados relógios de parede com a hora da tomada da medicação ou em números extensos, escrito o nome da medicação em letras de forma legíveis e grandes, com a concentração do fármaco e número de comprimidos ou mililitros a serem tomados de acordo com as especificidades das receitas médicas e necessidades individuais.

Todos os participantes foram estimulados a montar suas caixas organizadoras com as próprias mãos. As medicações de uso em jejum ou aquelas em que estava prescrito somente metade de um comprimido tinham suas caixinhas adaptadas com o recorte e colagem de somente a metade do sol para simular o amanhecer e o desenho de um comprimido partido ao meio. Outras adaptações foram sugeridas e utilizadas pelos próprios participantes.

Ao término da oficina, foi organizada uma roda de conversa composta pelos idosos, acadêmicos de medicina, equipe multiprofissional do NASF e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). As críticas e expectativas dos idosos foram escutadas com qualidade e atenção. Criou-se espontaneamente um espaço de diálogo e proximidade entre o público alvo e os profissionais de saúde e graduandos. Fotografias da oficina foram feitas, com consentimento dos participantes, para registrar todo o processo de trabalho.

**Resultados e/ou Impactos:** Durante o estágio acadêmico na UBS Ivone Lima, os estudantes de medicina acompanharam o serviço das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2 ambientes distintos: nas dependências da UBS; e nas visitas domiciliares.

Nestes dois espaços uma grande percepção veio à tona em relação à população idosa: a elevada frequência do uso incorreto das medicações prescritas e, portanto, a recorrência de agravos em saúde ou precário autocontrole das doenças.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A inquietação dos acadêmicos perante à reversibilidade dessa situação em saúde motivou a criação de uma estratégia simples e prática: as caixinhas organizadoras de remédios como ferramenta facilitadora e útil para os idosos.

Atrair a tomada correta dos medicamentos às caixinhas confeccionadas manualmente foi uma forma encontrada para os idosos atribuírem maior valor agregado e importância ao tratamento das suas enfermidades.

A autonomia em relação à própria saúde e autocontrole de doenças e padecimentos na população idosa é imprescindível para aumentar a expectativa e qualidade de vida. Tomar correta e regularmente medicações terapêuticas e profiláticas é essencial para a prevenção de agravos e manutenção da homeostase.

Dificuldades como analfabetismo, baixa escolaridade, amaurose ou outros distúrbios de acuidade visual, além de questões sociais envolvendo solidão, falta de cuidadores ou abandono familiar foram grandes agravantes da irregularidade terapêutica e autocontrole inadequado de doenças.

Atentou-se para as idiosincrasias, cultura, valores e dificuldades próprias de cada idoso. A especificidade e detalhamento da oficina resultaram em caixinhas organizadoras individualizadas, de fácil entendimento e utilização.

As expectativas dos idosos foram relatadas durante a roda de conversa. “Eu tomava meus remédios ao mesmo tempo. Agora entendi que tem hora pra cada pílula.” Foi uma percepção registrada. Outra impressão foi “Lá em casa os remédios ficavam todos na mesma tigela. Tinha hora que eu me perdia. Não sabia qual comprimido tomar.” Uma fala confirmatória importante foi “Vocês vão ajudar eu e meu velho (esposo) a tomar os remédios direito.”

A repercussão da oficina com os idosos foi grande, de maneira a existir o pedido de nova oficina para a população. A equipe multiprofissional do NASF prestou todo apoio e auxílio para a realização deste momento. Posteriormente, foi realizada capacitação com as Agentes Comunitárias de Saúde, com o intuito de dar continuidade à essa modalidade de promoção e prevenção de saúde.

Os internos deixaram na farmácia um modelo da caixinha de medicamentos com a intenção de despertar curiosidade na população e difundir essa ideia de organização e cuidado com os medicamentos.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Considerações finais: A formação acadêmica em medicina ambientada no nível primário de assistência em saúde é um vasto campo de aprendizagem e percepções. A realização da “oficina de montagem das caixas organizadoras de remédios” foi um pequeno legado na atenção primária em saúde que acadêmicos de medicina deixaram durante sua produtiva passagem na UBS Ivone Lima.

Esperou-se contribuir para a continuidade do cuidado em saúde das pessoas, especialmente dos idosos neste caso. Além disso, desejou-se gerar mais autonomia e melhoria no processo de autocuidado e corresponsabilização pela saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Acadêmicos de Medicina, Caixa Organizadora de Medicamentos, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Erika Fonseca de Sousa, Antônia Aline de Oliveira Alves, Vanessa Cordeiro da Silva, Mariane Santos Ferreira, Railany Pereira Silva Benoá, Juliana Silva Araújo, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício

**Apresentação:** A Lesão por pressão é um dano localizado na pele ou em tecidos moles subjacentes, que se desenvolvem geralmente sobre uma proeminência óssea, podendo estar relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outros artefatos. A incidência de Lesão Por Pressão (LPP) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tem aumentado consideravelmente com o passar dos anos, apresentando índices que variam entre 25,8% a 62,5%. Essa grande incidência ocorre devido a alguns fatores de risco que aumentam proporcionalmente o índice de LPP, dentre eles a idade avançada, imobilidade física, uso de ventilação mecânica, alteração no estado neurológico, que inclui sua percepção sensorial, má nutrição, pacientes diabéticos e hipertensos, além, da má perfusão tecidual, imunodeficiência, extremos de peso, necessidade prolongada de permanência no leito devido à patologia e instabilidade hemodinâmica entre outros. Contudo, esses fatores de risco devem ser reconhecidos pelos profissionais da enfermagem logo na admissão do paciente na UTI, através da escala de Braden que, possibilita a enfermagem avaliar o paciente de modo geral direcionando os cuidados adequados conforme o escore da escala referida. Para tanto, é papel fundamental da enfermagem saber classificar e identificar o estágio da LPP, a fim de implementar medidas preventivas e tratativas de forma efetiva, e conseqüentemente promover uma melhor recuperação do paciente. O objetivo do trabalho é relatar a importância da assistência de enfermagem na prevenção e tratamento de Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Santarém-Pa. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura de caráter descritivo com abordagem do método qualitativo. Foram seguidas as seis etapas inerentes a este método, sendo elas, respectivamente: busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção das publicações foram: Artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais revisados por pares que abordem a temática



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

constante no banco de dados Scielo e Google acadêmico; divulgados em língua portuguesa e inglesa; publicados entre o período de 2010 a 2017, ou seja, nos últimos 07 anos; artigos que retratam procedimentos, intervenções ou diretrizes na prevenção e tratamento de lesão por pressão; a estratégia utilizada para localizar os artigos foi por intermédio da palavra-chave "Lesão Por Pressão" ou da combinação dos seguintes descritores: "UTI", "assistência de enfermagem", "prevenção", "tratamento", "fatores de risco". Os critérios de exclusão foram: publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo; publicações que apresentavam disponibilidade de texto completo, mas cujo link apresentava erro mediante a tentativa de acessá-lo. A coleta de dados se deu entre os meses de maio a novembro de 2017 e foi utilizada uma listagem dos artigos encontrados com título do artigo, autores e ano de publicação. A amostra final desta revisão integrativa foi constituída por onze artigos. Resultados: Os resultados foram classificados em quatro categorias: fator de risco, prevenção, tratamento e importância da enfermagem na prevenção e tratamento da LPP. Na categoria fator de risco foram incluídos três artigos que evidenciaram como principais fatores predisponentes ao surgimento de LPP os agentes farmacológicos tais como: sedativos, analgésicos, drogas vasoativas, antibióticos, imunossupressores, suporte nutricional inadequado, escore de risco na escala de Braden, tempo de internação prolongado e pacientes em pós-operatório. Além disso, a percepção sensorial, umidade, mobilidade, fricção e cisalhamento, morbidades respiratórias, déficit neurológico e sepse são considerados fatores de risco relevantes para o desenvolvimento de LPP. Na categoria prevenção, foram incluídos dois artigos que adotavam mais de uma medida de prevenção de LPP por paciente, sendo que, as mais utilizadas são os coxins de proteção, placas de hidrocolóide e o colchão caixa de ovo, além dessas, são usadas soluções hidratantes, como o aminoácido essencial e óleo de amêndoas. Outros protocolos de prevenção incluem a aplicação da Escala de Braden durante a internação, inspeção da pele com atenção especial às proeminências ósseas, acréscimo da utilização do lençol móvel para facilitar a movimentação do paciente e uso de travesseiros sobre proeminências ósseas. Diante da categoria tratamento foram selecionados três artigos que evidenciaram como tratamento as terapias tópicas, como os ácidos graxos essenciais (AGE), ácido linoleico e o ácido linolênico são os ácidos graxos mais importantes para o tratamento de feridas e, em geral, são aplicados em feridas com tecido de granulação; a papaína pode ser aplicada como desbridante e possui ação anti-inflamatória, atuando na contração e junção de bordas de feridas de cicatrização



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

por segunda intenção. A sulfadiazina de prata constitui um fármaco de ação antibacteriana e antifúngica eficiente contra *Pseudomonas aeruginosa*. Para a realização da escolha do curativo, cobertura e/ou desbridamento os enfermeiros realizam uma avaliação inicial, que consiste em mensurar o tamanho, profundidade e aspecto da ferida, para que possam escolher a cobertura adequada de acordo com a disponibilidade de recursos na instituição. Quanto a categoria importância da assistência de enfermagem foram abordados três artigos que reconhecem que o êxito na prevenção da LPP é amplamente condicionado aos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde sobre o assunto, torna-se mandatória a compreensão dos fatores individuais e institucionais que influenciam o conhecimento e o uso das evidências científicas. A enfermagem desempenha função fundamental no processo de prevenção, pois está diretamente ligada ao paciente, podendo proporcionar diferentes intervenções ao paciente em situação de risco, além de possuir a responsabilidade de promover medidas de segurança ao cliente e gerenciar recursos necessários para evitar o aparecimento desse agravo, além de avaliar lesões prevalentes de forma correta para a escolha da terapêutica adequada promovendo melhor qualidade da assistência. Considerações finais: No que tange as evidências expostas neste trabalho, as lesões por pressão ainda continuam sendo um grande problema de saúde pública mundial, este fato está relacionado principalmente a fatores de riscos que predispõem o surgimento das LPP na Unidade Terapia Intensiva, visto que, são muitos os riscos que os pacientes estão expostos e como cuidadores, a equipe de enfermagem deve estar sempre atenta e atualizada quanto aos protocolos e estratégias eficazes para evitar o surgimento dessa complicação, bem como, métodos terapêuticos adequados de acordo com a necessidade de cada paciente. Dessa forma, pode-se afirmar que para nortear os cuidados preventivos é de fundamental importância a aplicação diária da escala de Braden pela equipe de enfermagem, uma vez que, a mesma atua na identificação do grau de risco que o paciente está exposto, e a partir daí promover estratégias de prevenções eficazes contra o aparecimento das LPP. Partindo desse princípio, a equipe de enfermagem mantém um papel fundamental na prevenção e tratamento de lesão por pressão, pois estes profissionais avaliam os pacientes continuamente desde sua admissão de forma sistematizada e individual. Porém, vale ressaltar que a enfermagem precisa apresentar embasamento teórico e prático para aplicar a tomada de decisão baseada em evidências, com intuito de prevenir e tratar adequadamente as LPP de forma correta e eficiente.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Lesão por pressão; unidade de terapia intensiva; Enfermagem.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CONHECIMENTO DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO NO PRÉ NATAL SOBRE DEPRESSÃO PÓS PARTO

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas, Ingrid Bittencourt Soares, Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins, Maria Simone da Costa Freitas, Lueyna Silva Cavalcante, Ingrid Martins Leite Lúcio, Antônio Rodrigues Ferreira Junior

**Apresentação:** A gestação é um período na vida de uma mulher, que envolve muitas mudanças e alterações bioquímicas, um acontecimento que gera modificações nas áreas psicológica, cultural e social da mulher. O puerpério é um período no qual o corpo da mulher se recupera do desgaste físico da gravidez e do parto, e pode estar mais vulnerável à manifestação de transtornos mentais. Dentre os transtornos psíquicos da puerperalidade, destaca-se a depressão pós-parto (DPP), que caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades, e que se manifesta duas semanas após o parto. Nessa perspectiva, quando o pré-natal é feito de forma qualificada e contextualizada proporciona além do acompanhamento clínico, a prevenção de intercorrências, a atuação em face das necessidades socioculturais, econômicas e emocionais. Sendo assim, a consulta de pré-natal é importante na vida da mãe e do filho e o enfermeiro tem um papel fundamental nesse momento, pois ele tem maior contato com todas as modificações que ocorre no corpo e na mente da gestante. Assim, o trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento das gestantes, durante o pré-natal, sobre a depressão pós-parto.

**Desenvolvimento do trabalho:** O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de campo e com abordagem qualitativa. A unidade de saúde escolhida para realização da pesquisa situa-se em um bairro da periferia de Fortaleza-Ceará, onde três equipes da Estratégia Saúde da Família atendem cerca de 15 mil pessoas. Participaram da pesquisa dez gestantes acompanhadas na unidade lócus do estudo, sendo os critérios de inclusão: grávidas independente da idade gestacional e que já tivessem tido no mínimo três consultas de pré-natal. Para obtenção dos discursos foram realizadas entrevistas no período de setembro a novembro de 2017. Os dados gravados foram submetidos à Análise Temática. A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, sob a aprovação Nº 2.375.840.

**Resultados e/ou impactos:** Participaram da pesquisa dez gestantes de diversas idades, sendo que 60% das entrevistadas encontram-se na faixa etária acima de 26 anos.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Quanto ao estado civil, 60% referiu viver em união estável. Quando indagadas a respeito de suas profissões, 70% das gestantes afirmaram ser Do Lar. Sobre o histórico obstétrico das gestantes, 90% das entrevistadas possuíam três ou menos gestações, ao passo que 80% nunca sofreu um aborto. Enquanto 70% afirmaram ter sido a gravidez atual planejada, 50% relataram ter tido algum problema, sendo os citados: infecção urinária e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Para melhor organização dos dados empíricos, formulou-se uma categoria temática a partir da análise das falas intitulada de “Conhecimento das gestantes sobre DPP”. Apesar de a depressão acometer ambos os sexos, há um predomínio no sexo feminino, sendo muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto. Há uma estimativa de que pelo menos 20% das mulheres apresentam depressão em algum estágio de suas vidas, fato que implica tanto em um impacto na saúde da mulher, como na de seus familiares e outras pessoas de seu convívio. Ao observamos os conceitos trazidos pelas gestantes, percebemos que apesar de ser um assunto que pode estar inserido no seu convívio, as gestantes revelam uma ter percepção equiparada sobre a DPP, como podemos evidenciar nas seguintes falas: “Eu acho que a depressão leva você a desistir de tudo, da sua vida, é tanto que ela não quis nada com o bebê dela (falando da vizinha).” (Gestante 3); “Mas eu acho que é... pelo que eu vi nos programas a pessoa fica agressiva, fica estressada, pensa muita besteira, acaba com as pessoas, com a vida, pensa que não vai sobreviver, em tudo bota dificuldade.” (Gestante 4). A característica da rejeição do bebê bem como a perda do sentido de viver, relatada pela gestante 3, são sinais importantes para a investigação e o diagnóstico médico para depressão que ocorre no período pós-parto. É importante enfatizar que a DPP é uma perturbação emocional, humoral e reativa, podendo apresentar seus sintomas ainda na gestação, o que torna fundamental a atuação do profissional enfermeiro no esclarecimento dos sinais e sintomas da doença. Um outro aspecto apresentado pela fala da gestante 4 é que a mídia é uma importante fonte de informação, que pode trazer percepções adequadas ou não. A baixa escolaridade é um dos fatores que compromete a compreensão do processo de adoecimento quanto a DPP e ainda predispõe a ocorrência dessa doença, por isso é necessário conhecer o que as gestantes entendem por DPP ainda na gestação, para que estas sejam capazes de identificar precocemente os sinais e sintomas da doença. Podemos notar que a capacidade de reconhecer esse quadro não evidenciado nas falas, tendo apenas uma citação de uma gestante quando ela relata: “Quando eu tive meu primeiro filho, na enfermaria que eu estava,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a moça do meu lado estava com depressão pós-parto.” (Gestante 3). Aproximação de fatos e experiências traz, para mulher um sinal maior de observação e curiosidade pelo assunto. É nesse aspecto que é importante enfatizar que a percepção e o reconhecimento da depressão durante a gestação é bastante visto em casos que a mulher já teve depressão antes da gestação, e as que adquirem a depressão na gestação, não são bem assistidas pelo companheiro, pela família ou pela equipe de saúde que acompanha o pré-natal. Entende-se que a gestação é um momento muito delicado, que o acompanhamento bem feito em um pré-natal é essencial, tanto para o profissional de saúde poder identificar sinais de depressão na gestante, quanto como o relacionamento dela com a família e com o companheiro, para assim, reconhecer logo no início um possível caso de DPP e poder oferecer o suporte necessário para essa gestante. “Ela passava a maior parte do tempo amarrada e no dia em que soltaram ela, ela queria pular da janela, e a gente estava no 3º andar.” (Gestante 3); “No caso, ela ficava estática, porque ela tomava muito remédio, eram várias enfermeiras para aplicar o medicamento nela.” (Gestante 3). A agressividade e a tentativa de suicídio são um dos sintomas mais indicativos da DPP, aumentando a vulnerabilidade da puérpera e comprometendo sua autoestima materna, assim como, a capacidade de amar outro ser gerado por ela. A grávida maltratada, que sofre violência psicológica durante a gestação, acarreta um maior nível de estresse. Ocasionalmente outros sintomas, como: baixa estima isolamento, suicídio, agressividade. Esses sintomas são extremamente prejudiciais para sua saúde e para a saúde do bebê. Tendo assim, a assistência pré-natal, um momento privilegiado, sendo uma única oportunidade de intervir nessa situação. A identificação antecipada de sintomas sugestivos de depressão, pode dar um desfecho mais favorável para o binômio mãe-filho. Intervindo com ajuda psicológica, proporcionando a essa mãe uma ajuda imediata, antes de não conseguir reverter esse caso de DPP. Considerações finais: A pesquisa demonstrou que DPP não é muito debatido nas consultas de pré-natal, evidenciando assim, um baixo conhecimento da temática. Fica notório que a realização de educação em saúde no pré-natal voltada para identificação precoce de sinais da DPP é imprescindível, e que o profissional deve estar preparado para oferecer suporte tanto para essa mulher como para sua família, na perspectiva da redução de danos e agravos causados pela DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NA TRAJETÓRIA ENTRE “TRABALHAR FORA” E DENTRO DA COMUNIDADE

Anna Violeta Ribeiro Durão

Esse trabalho traz algumas questões sobre a inserção das Agentes comunitárias de Saúde no município do Rio de Janeiro, no momento em que o Programa Saúde da Família (PSF) se expande nos grandes centros urbanos (1999). Constata-se um direcionamento da política em contratar mulheres da mesma classe do entorno para solucionar os problemas da população. Em um campo mais amplo, essa perspectiva relaciona-se com políticas fomentadas por agências internacionais como forma de alívio à pobreza. Assim, desde o início do Programa no Nordeste (1990) um dos requisitos para a contratação dessas trabalhadoras era, e ainda é, que elas fossem moradoras das áreas aonde trabalham. Em trabalho anterior, foi possível analisar como no início da constituição da profissão havia uma ideologia de gênero que se imbricava com a vida e o trabalho dessas mulheres, tendo um forte enraizamento com o local. No município do R.J, a relação com a comunidade foi construída e se construiu no e pelo trabalho. Nesse sentido, quer-se entender o porquê, embora também participassem de atividades na localidade, essa inserção não era percebida de forma orgânica.

Para um primeiro aprofundamento sobre essa questão, utilizou-se a literatura mais ampla sobre o tema e, principalmente, as entrevistas aprofundadas realizadas com a turma do Curso Técnico de Agentes Comunitários de (2011-2012) realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio em parceria com a Prefeitura do Rio de Janeiro. As agentes entrevistadas foram selecionadas a partir de um questionário fechado com os dados socioeconômicos respondidos por 160 ACS que participaram do curso. Fundamenta-se a análise no pensamento de E. P. Thompson, principalmente, no seu conceito de experiência na busca de entender o protagonismo dessas trabalhadoras na consolidação do seu trabalho.

O conceito de experiência para o historiador britânico está associado, a um só tempo, a uma experiência do sujeito e a uma experiência coletiva, é, portanto, um conceito de junção entre a consciência e a realidade concreta que os homens e as mulheres, em um dado período histórico, vivenciam suas múltiplas determinações. Nesse sentido, o fazer-se mulher engloba várias experiências que formam um amálgama, no qual elas se constituem e são constituídas como mulheres trabalhadoras. Nessa relação, sua experiência de trabalho e vida é permeada



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

por uma visão do feminino culturalmente diferenciada do masculino e marcada por sua condição de classe.

Constatou-se que na implantação do PACS no Nordeste, as experiências tecidas em várias esferas da vida formaram elos intercessores, no qual o trabalho do cuidado na família se estendeu para o trabalho voluntário realizado junto as Pastorais da Criança e desse para o trabalho remunerado na comunidade. Nesse contexto, a experiência comum vivenciada pelas ACS no início da constituição da sua profissão era percebida como uma experiência herdada (Thompson) na medida em que as normas, os valores e as atitudes que conformaram o seu ser social estavam de tal forma articulados com o seu corpo biológico que eram percebidos como determinados, no sentido estreito do termo.

No município do R.J. essa passagem para o trabalho comunitário, embora também traga uma construção herdada do feminino, ganha novos significados na própria experiência de trabalho. Nota-se que na visão das ACS do Rio de Janeiro “o ser da comunidade” não é percebido como inerente à própria pessoa, mas foi se constituindo no processo. Embora participassem da Igreja, tivessem filhos na creche e se inserirem em projetos locais, essas experiências ainda que fossem relativas especialmente à comunidade não possibilitaram o comprometimento com o todo.

Assim, a partir da categoria empírica “trabalhar fora” e dentro da comunidade, procurou-se entender, como a partir de uma experiência construída no feminino, se estabeleceu e foi estabelecido o trabalho comunitário nos grandes centros urbanos. Coloca-se em destaque a participação dessas trabalhadoras na trajetória de trabalho anterior, na comunidade e o seu imbricamento com o trabalho doméstico.

Fez-se notar, nos depoimentos, que a noção de comunidade também trazia consigo uma visão de espaço de violência, na qual o “trabalhar fora” era uma tentativa de sair desses territórios. Como destacam vários autores, construiu-se uma representação social da favela como um espaço oposto à cidade e a partir das décadas de 1980-1990 essa clivagem se dá em torno da violência. Assim, a experiência em “trabalhar fora” era expressivo do anseio a uma vida mais digna não delimitada nem pelo gênero, nem pela condição de classe.

No que tange uma perspectiva de gênero a imagem da mulher que trabalha fora é representativa da luta feminina por maior igualdade no mercado de trabalho, pois se contrapõe a uma ideologia que confinava a autonomia das mulheres ao espaço privado que era simbolizada pelas imagens da “rainha do lar” e “dona-de-casa”. Nesse sentido, na



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

trajetória de trabalho das agentes, ao mesmo tempo em que buscaram garantir a sobrevivência através do assalariamento, desejavam romper com o confinamento que o trabalho doméstico implicava, ou para ganhar maior autonomia econômica, ou para romper com as relações de poder no âmbito familiar

Depois de uma longa trajetória de trabalho ao voltar para a comunidade, verifica-se que as ACS se inserem em trabalhos que são compreendidos como extensão das funções da mulher no espaço privado e como tal, mais precarizado. Vão trabalhar na creche comunitária, nos projetos desenvolvidos no local e acionam habilidades construídas no âmbito doméstico como forma de complementação de renda. Estar desempregada facilita o conhecimento dos projetos que passaram a ser fomentados tanto pelo Estado, quanto pelas ONGs. Tendo que manter a sobrevivência, as mulheres aproveitam os cursos promovidos na comunidade e trabalham sazonalmente nos projetos desenvolvidos no local. No entanto, devido ao seu caráter precário e a sua curta duração se assemelham aos trabalhos intermitentes vividos anteriormente, não possibilitando um engajamento maior que desse sentido ao que faziam. Verificou-se pelo menos duas visões, onde se delimita uma fronteira entre o trabalhar dentro e fora da comunidade que estão relacionados a atribuição de valores, normas e símbolos que foram construídos com significados diferentes para os homens e mulheres que equivalem ao público e ao privado. O público sendo visto como o espaço do trabalho, da política e da economia, enquanto o privado como lugar da casa, da família, das relações afetivas etc. Nessa clivagem o “trabalhar fora” ganha um duplo significado, de um lado é percebido como uma possibilidade de romper com as amarras que cerceiam o trabalho doméstico e de entrada na esfera pública e nesse sentido a comunidade é vista como uma extensão da vida doméstica. De outro, a percepção da comunidade como oposta à cidade que ganha concretude, principalmente, pela vulnerabilidade gerada pela violência que prospera nestes locais, na exata medida em que se cerceiam os direitos a uma vida mais digna. Nesse sentido, a casa configura-se como o local do íntimo, da privacidade, em um ambiente que é marcado por uma vida de privações.

Acredita-se que devido as ACS terem se constituídos no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, a sua inserção no Programa de Saúde da Família permitiu ir de encontro, ainda que com muita dificuldade, a essa rotatividade entre projetos, construindo através do trabalho laços mais sólidos com a comunidade e uma perspectiva de luta para consolidação da profissão.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Gênero; trabalho comunitário; Agentes Comunitárias de Saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA EM SITUAÇÕES DE SUICÍDIO NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Ana Beatrice Colares Rocha, Ingrid Sabrina Batista Costa, Larissa Vitória Lopes Ribeiro De Souza, Lívia Cristinne Arrelias Costa

A atual conjuntura político-social brasileira tem fortalecido situações de vulnerabilidades diversas das populações indígenas. Em detrimento das formas de vida tradicionais, integradas de maneira saudável com o ambiente natural em que vivem, a sede de lucros cada vez maiores tem destituído este grupo populacional de seus territórios, que significam muito mais do que o espaço geográfico: inclui, inclusive, espiritualidade e identidade. Partindo destas reflexões iniciais, este trabalho aborda uma das questões mais recentes voltadas para as populações indígenas, o suicídio, o qual tem despertado interesse cada vez maior, devido o aumento de sua incidência. Tem como objetivo compreender a ocorrência de episódios de suicídio entre indígenas no território brasileiro a partir de uma revisão da literatura da área da Psicologia, a fim de se pensar em estratégias de atendimento preventivo e pós ventivo junto a esta população. Reconhecer os determinantes sociais da saúde destas populações, bem como os efeitos de uma atitude tão extrema quanto, o suicídio pode ajudar a garantir o sonhado bem viver que tanto buscam os povos indígenas na atualidade. Fatores como o alcoolismo, problemas amorosos, crises políticas e a invasão de território são algumas causas indicadas pela literatura, que deixam as aldeias mais propensas ao suicídio, tornando-se este um ato simbólico de mal estar coletivo que se apresenta individualmente. Para a reflexão inicial aqui proposta, foi realizado um estudo qualitativo de revisão de literatura da área da Psicologia, utilizando-se como descritoras as palavras “suicídio” e “indígenas”, a partir da ferramenta de busca google acadêmico. Foram encontrados treze (13) trabalhos, publicados entre os anos de 2009 a 2017, todos escritos em português. Destes, foram analisados os cinco (5) artigos que apareceram nos resultados. Buscou-se compreender a ocorrência desse fenômeno entre os povos indígenas para que possa haver reflexões e construção de estratégias de acolhimento e atendimento às pessoas que estejam passando por esta situação extrema. Os trabalhos analisados objetivaram problematizar, corroborar com a revisão conceitual do suicídio entre indígenas, assim como apresentar e discutir os dados levantados em pesquisa de campo em relação as condições sociais, as representações



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sociais do suicídio para populações indígenas, caracterizando os suicidas, descrevendo motivações e as taxas de mortalidade por suicídio. Os trabalhos apresentaram um grupo etário na faixa de 12 a 41 anos, com predominância do gênero masculino. Considerando a importância da juventude para a continuidade das formas de vida das populações indígenas, pode-se pensar neste dado como um alerta para o um possível genocídio ainda em curso no Brasil, este que se iniciou em 1500 com a chegada de colonizadores portugueses. Contudo, o processo atual tem sido invisibilizado por causas diversas, dentre as quais pode-se destacar a formação inadequada de profissionais de saúde para lidar com esta realidade. As regiões descritas nestes estudos foram a cidade de São Gabriel da Cachoeira, o município de Tapauá, ambos no estado do Amazonas; Guaíra, no Paraná e os estados de Roraima e Mato Grosso do Sul. Percebe-se, assim, a ausência de estudos – ou seria de olhares? – mais criteriosos em outras localidades do território nacional, onde existe a presença maciça tanto de populações indígenas quanto do agronegócio, da mineração, da extração ilegal de madeira e da implantação de grandes empreendimentos, os quais tendem a expulsar, quando não dizimar, populações indígenas inteiras de seus territórios. Estes estudos indicaram, ainda, que a motivação para se concretizar o suicídio se dá por diferentes fatores dentre os quais pode-se citar: expulsão do seu território para as cidades, perda de identidades culturais, conflitos familiares diversos, desemprego ou impossibilidade de garantir a própria subsistência e de seu grupo comunitário, uso descontrolado de álcool e outras drogas, invasão de seu território, doenças diversas e impossibilidade de cuidados a partir dos saberes tradicionais, morte por armas de fogo, exclusão social e falta de alimento. Além de todos estes determinantes, os diversos grupos indígenas espalhados pelo território nacional ainda são incompreendidos em suas crenças, costumes e tradições, por se apresentarem diferentes do padrão euro normativo ocidental, o qual deseja transformá-los em um “igual”, ou civilizado. Contudo, há resistência por parte dos indígenas, grupo mais fraco diante de fazendeiros e grandes empreendedores que detêm força econômica e política – vide as chamadas bancadas do “boi” e da “bala”, em Brasília. Com o aumento da exclusão social, a morte ritual vem a ser uma resposta de resistência e afirmação cultural, através da qual estas populações buscam o tão sonhado bem viver que lhes foi usurpado. A fim de que não haja negligência em relação aos direitos dos povos indígenas, é necessário aumento, estruturação e melhor capacitação de equipes dos órgãos públicos que atendem a essa população. Em relação à Psicologia, vale ressaltar a escassez de produções em português que possam auxiliar no





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desenvolvimento de metodologias e de instrumentais adequados à realidade dos povos indígenas. Sem esta produção, fica difícil criar espaços e momentos de escuta, acolhimento e orientação para os/as jovens, diferente do olhar colonizador, mas de alguém que compreende e acolhe as suas demandas. É importante e necessário que pesquisadores da área da saúde saiam da sua zona de conforto e busquem compreender, perceber a dinâmica própria das comunidades indígenas e pensar em formas de manejo específicas daquela realidade. Assim, as recomendações de políticas públicas de saúde em questões referentes ao suicídio, poderão ser, de fato, concretizadas, pois é essencial que tanto as autoridades públicas, quanto as/os próprias/os profissionais se deparem e reconheçam a realidade em que estes povos vivem. A Psicologia deve lançar um olhar mais qualitativo para esta situação, considerando os múltiplos fatores sociais, culturais e simbólicos que tem levado ao crescimento dos casos de suicídio nas populações indígenas, originaria do território nacional, e que vem sofrendo um etnocídio escancarado desde a chegada dos colonizadores portugueses. Junto com outras categorias profissionais e mesmo organizações não governamentais que lutam pelos direitos humanos, a Psicologia deve pautar sua atuação em uma ética e responsabilidade que ajude a fortalecer as lutas e resistências próprias desta população, por sua vida com dignidade. A partir do que foi exposto, observa-se que falar sobre o suicídio entre indígenas se torna uma forma de resistência, pois ainda se configura como uma população invisibilizada, pouco reconhecida e negada em suas especificidades e em sua cidadania, inclusive na própria formação em Psicologia, o que se reflete na escassez de estudos e, provavelmente, de reflexões sérias e bem embasadas sobre esta questão. Os dados preliminares aqui descritos devem levar a uma reflexão mais aprofundada a respeito dessa problemática, a fim de se garantir o reconhecimento e o fortalecimento dos modos únicos de vida dos povos originários do território nacional, em uma concepção de direitos humanos. E isto vale para mudanças de postura profissional tanto de quem está na prática quanto ainda na graduação.

Palavras-chave: Psicologia; populações indígenas; suicídio; bem viver.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS À OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO PRIORITÁRIO PARA O CONTROLE DA DOENÇA.

Francisca Bárbara Gomes da Silva, Mônica Ribeiro Sousa, Floriacy Stabnow Santos, Lívia Fernanda Siqueira Santos, Menildes Paixão Ribeiro, Mellina Yamamura Calori, Ricardo Alexandre Arcêncio, Marcelino Santos Neto

**APRESENTAÇÃO:** Considerada uma doença negligenciada e endêmica em diversos países, a tuberculose (TB) é responsável por cerca de 1,3 milhões de óbitos anualmente no mundo e estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo estando, portanto, sob risco de desenvolver a doença, ademais, aproximadamente 95,0% dos casos de adoecimento ocorrem nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou que, no mundo, 10,4 milhões de pessoas tiveram TB em 2015, e mais de 1 milhão morreram por conta da doença. O Brasil é um dos 22 países que representam 80% da carga mundial da TB, sendo definido pela OMS como prioritário para o controle da TB no mundo. Considerando a direta relação que a doença possui com as condições precárias de vida das populações, a análise espacial da doença torna-se um instrumento importante para obter informações adicionais às análises convencionais, auxiliando na compreensão da dinâmica deste agravo e sua ocorrência no território. Assim, entender a distribuição da TB no espaço torna-se importante para o desenvolvimento de ações interse-toriais, coletivas e de saúde que possibilitem melhorias nas condições de vida do território, visto que a TB é uma doença considerada um problema social. Para sua prevenção e con-trole, devem-se levar em consideração os aspectos sociais, as situações de pobreza e a análise das iniquidades sociais dos diferentes cenários acometidos. Nessa lógica, é relevante o uso do instrumental da espacialização, mediante técnica de geoprocessamento, associada a uma visão globalizada do processo saúde-doença, para identificar cenários de vulnerabilidades à TB, e agir não só no ambiente clínico e biológico, mas também nos determinantes sociais da saúde-doença. Desse modo, a incorporação de novas tecnologias e o acesso às bases de dados secundários têm permitido que este tipo de análise possa ser amplamente utilizada. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever a distribuição espacial dos casos de TB além de evidenciar territórios vulneráveis à ocorrência da doença em Imperatriz-MA.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo e ecológico,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

realizado em um dos municípios do nordeste brasileiro que, desde 2003, é considerado prioritário para o controle de doença. A população do estudo compreendeu todas as notificações compulsórias englobando todas as formas clínicas da TB no período de 2006 a 2015 do município de Imperatriz-MA. Os dados da pesquisa foram coletados em outubro de 2016 por meio Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) do Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) da Unidade Gestora Regional de Saúde de Imperatriz (UGRSI). Ademais, foram considerados como unidades de análise ecológica os setores censitários definidos pelo Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para análise espacial, primeiramente foi realizada a padronização e equiparação dos endereços (casos de TB) residentes das zonas urbana e rural do município de Imperatriz com a base cartográfica do município, empregando-se principalmente o software TerraView versão 4.2.2 e ferramenta Batch Geocode. Realizou-se a geocodificação propriamente dita, que representa a interpolação linear do endereço completo, a um ponto no segmento de logradouro correspondente, sendo possível a partir de então, elaborar padrões de pontos de eventos. Em seguida, os casos geocodificados foram distribuídos espacialmente nos respectivos setores censitários. Posteriormente realizou-se a análise da densidade de pontos por meio da estimativa kernel, que consiste na interpolação exploratória gerando uma superfície de densidade para a identificação e visualização de áreas quentes, no caso deste estudo áreas com maiores densidades de casos de TB, ou seja, potencialmente mais vulneráveis a presença deste evento. Realizou-se ainda a análise espacial de área, utilizando como unidade de análise ecológica espacial os setores censitários do município, com intuito de se obter as taxas de prevalência de TB. Desse modo, foram calculadas, por setor censitário e para o período de estudo, as taxas de prevalência de TB, dividindo-se, respectivamente, a somatória dos casos pela população padrão no meio do período (população urbana de Imperatriz) de cada setor censitário multiplicada por 100.000 e por fim dividida por 10, referente aos anos de estudo. Os mapas temáticos foram elaborados no ArcGis versão 10.5.

**RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No período analisado foram notificados 800 casos de TB, dos quais 761 casos (95,0%) foram geocodificados, sendo a maioria absoluta (99,7%) localizados na zona urbana. Os 39 (5,0%) casos, que não foram geocodificados, apresentaram incoerências e/ou inconsistências nos endereços informados, mesmo com as diversas estratégias de geocodificação utilizadas. Através da análise exploratória da densidade dos casos, realizada pela estimativa kernel, pode-se observar taxas que variaram



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de 0 a 31,79 casos de TB/Km<sup>2</sup> e que os locais com maior densidade de casos, as chamadas “áreas quentes”, estão localizados na região central em direção ao sul do município, onde se verificam os setores censitários urbanos pertencentes aos bairros com maior registro de casos de TB no município em estudo. A análise espacial de área mostrou que a distribuição das taxas de prevalência de TB segundo setores censitários variou de 0,00 a 213 casos/100.000 habitantes-ano, confirmando que a distribuição espacial dos casos ocorre de forma heterogênea. A distribuição espacial dos casos de TB, com ênfase na distribuição heterogênea observada na cidade de Imperatriz deve ser considerada como o momento inicial de um processo de investigação e vigilância, que pode desencadear a focalização de áreas problemáticas e a identificação de elos frágeis do sistema de atenção à saúde da população alvo. Os setores censitários em que foram encontrados maiores percentuais de ocorrência de casos de TB fazem parte dos bairros Bacuri (118; 15,5%), Nova Imperatriz(83; 10,9% ), Centro(52; 6,8%), Santa Rita(52; 6,8%), Vila Lobão(47; 6,2%), Vila Nova(28;3,7%) e Vila Cafeteira(21; 2,7%). Tais espaços geográficos são considerados áreas de risco para a disseminação da doença, por consistirem em regiões com maiores densidades populacionais, precárias condições de vida ou onde o fluxo de pessoas é intenso. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Observaram-se taxas de prevalência de TB, segundo setores censitários, elevadas em comparação aos cenários internacional e nacional, evidenciando a necessidade de adoção de medidas de promoção e vigilância da saúde voltada para populações residentes em áreas de maior risco de ocorrência de casos de TB. Ressalta-se, ainda, que esse padrão não aleatório dos casos de TB notificados e identificados pelas análises espaciais realizadas (kernel e análise de área) sugere a dependência espacial da doença às áreas privadas de condições de moradia de qualidade, educação e renda. Novas investigações são necessárias no sentido de confirmação dessa hipótese. Por fim, salienta-se que o planejamento das ações a serem implementadas devem considerar as intensas desigualdades socioespaciais do município, tendo em vista ações em saúde mais efetivas e resolutivas, que resultaram em intervenções mais específicas, não apenas de saúde, mas também intersetoriais e coletivas, visando melhores condições de vida e redução das iniquidades sociais.

Palavras-chave: Tuberculose. Análise Espacial. Sistema de Informação de Agravos de Notificação.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DIABÉTICAS COM LESÕES EM MEMBROS INFERIORES: REVISÃO DE LITERATURA COMO UMA EXPERIÊNCIA NO PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Elizama Nascimento Pastana, Mary Elizabeth Santana, Antonio Jorge Silva Correa Junior, Jéssica Stephanie da Silva Vasques, Wagner Felipe dos Santos Neves

Apresentação: A qualidade de vida (QV) é uma noção do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a sua própria autoimagem relacionada à estética existencial, tipificada como um conceito subjetivo e multidimensional configurado por domínios que envolvem a avaliação de QV. Sabe-se que a condição de doença crônica representa contínua ameaça e afeta integralmente a QV no dia-a-dia, requerendo reajustes, avaliações e reavaliações, devido à dinamicidade de sua apresentação e evolução. O Diabetes mellitus (DM) faz parte de um grupo de doenças metabólicas definidas por anormalidades na secreção de insulina e ação da insulina, ou ambos, resultando em hiperglicemia. A elevada taxa de glicose causa danos em longo prazo resultando na disfunção e colapso de vários órgãos, especialmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos, sendo importante causa de amputações de membros inferiores, a amputação de membros ocorre em um percentual significativo, certificando que a amputação é umas das complicações que determina alterações veementes na QV. Os pacientes acometidos por pé diabético vivenciam impacto socioeconômico incluindo gastos com tratamentos, internações, incapacidades físicas e sociais como perda do emprego, existe uma repercussão negativa na vida social, autoimagem, autoestima, papel na família e sociedade. As mulheres com estas alterações na imagem corporal têm sua identidade pessoal perturbada e uma baixa QV, considera-se a possibilidade de uma relação entre DM e depressão, por exemplo, e as mulheres especificamente podem ser as mais afetadas devido a uma série de fatores entre eles a gestação e menopausa. Outros condicionantes são destacados: duração da doença, complicações e relação do DM ao desenvolvimento da depressão e doenças vinculadas entre si como a retinopatia, insuficiência renal, neuropatia sensitiva e motora. Isto posto, observa-se que o DM é um problema de saúde que vem alterando a QV, repercutindo na autoestima, autoimagem, nas relações profissionais e sociais, assim é relevante o estudo contínuo sobre a temática com ênfase na qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos membros



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

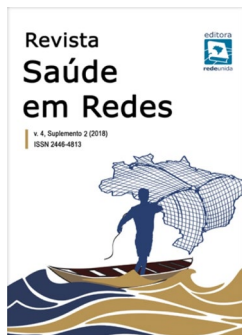
inferiores. Os problemas relatados afetam a QV e diante do desequilíbrio das necessidades humanas básicas, decorrente do DM e as lesões nos membros inferiores, múltiplos são os abalos em mulheres com esta patologia. Neste sentido são objetivos deste estudo: Analisar as evidências científicas sobre a qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos membros inferiores bem como evidenciar a qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos membros inferiores; desenvolver propostas de ações de enfermagem voltadas para a melhoria da qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos pés. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma Revisão desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado: Qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões em membros inferiores, apresentada como relatório final ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Pará. A metodologia consistiu na construção de uma análise ampla da literatura que dá suporte para a tomada de decisões em saúde, exercita a prática baseada em evidências e fortalecendo a prática clínica, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, a partir da pergunta norteadora: Quais as evidências científicas sobre a qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos membros inferiores? Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra nos idiomas Português, Espanhol e Inglês, no período de 2008 a 2016. Foram excluídas outras revisões integrativas de literatura, estudos reflexivos, manuais, monografias, dissertações e teses. Iniciou-se a busca nas base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO), sendo utilizadas combinações com Descritores em Ciências da Saúde e um operador booleano: qualidade de vida AND cuidados de enfermagem AND diabetes mellitus AND complicações AND pé diabético e a palavra chave mulheres diabéticas. Como instrumento para a avaliação utilizou-se formulário proposto por Ursi, enquadrando informações como: autor, ano, revista, título, perfil metodológico, resultados e classificação das evidências científicas. A partir da seleção, leitura e organização desenvolveu-se a discussão e análise dos achados. Resultados: Na busca dos artigos foram identificados 6.222 na base SCIELO, dos quais selecionamos 14 artigos; 17 na base LILACS dos quais se selecionaram 2 artigos, totalizando 16 artigos, 14 no idioma português e 2 no idioma Inglês. Estudos que não se referiam às mulheres e sobre outras patologias foram excluídos. Uma amostra de 16 artigos foi selecionada e como categorias de discussão traçaram-se: “Qualidade de vida de mulheres com Diabetes mellitus”, sobretudo com pesquisas com aproveitamento quantitativo e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

“Representações sociais de mulheres com Diabetes mellitus e participação em programas educativos” com pesquisas cuja abordagem foi qualitativa, e para atender ao segundo objetivo da revisão “Ações voltadas à qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos pés” onde se sintetizaram os achados para subsidiar cuidados do enfermeiro. Verificou-se que a totalidade dos domínios da QV está comprometida, em especial nas mulheres com uma pior percepção do seu estado de saúde e as complicações como o pé ulcerado e amputações também acarretam alterações nos domínios biopsicossociais. Cerca de 37, 5% dos estudos apontaram que a educação em saúde coopera para a redução dos índices glicêmicos anormais e quando realizada em grupo é considerada mais adequada na Saúde Pública pois alcança um maior número de indivíduos integrando-os aos seus familiares, comunidade e profissionais de saúde, possibilitando o compartilhamento de experiências, medos, angústias e dúvidas, possibilitando a criação de vínculos e melhoria do enfrentamento ao DM. A intervenção educativa contribui para diminuição do sofrimento em viver com DM dos participantes e melhora os domínios que compõem a QV. Portanto, uma gama de ações preventivas e cuidados foram destacados como compromisso da enfermagem: Investigar e criar estratégias para minimizar o impacto do DM no cotidiano enfatizando a maior atenção da equipe de saúde; Perceber as determinantes da QV das mulheres com DM, considerando suas necessidades e expectativas em relação à doença e ao futuro para analisar a QV como objetivo terapêutico; Desenvolver redes de apoio familiar; Identificar as representações sociais sobre o processo saúde-doença para conhecer como as mulheres com DM acomodam o conhecimento científico, bem como valorizar o conhecimento prévio e o saber popular. Considerações Finais: Ao evidenciar a qualidade de vida de mulheres diabéticas com lesões nos membros inferiores, houve notoriedade de evidências do nível IV (evidências de estudos descritivos não experimentais ou com abordagem qualitativa). Destaca-se a importância da ampliação de estudos direcionados à investigação do impacto na saúde mental das mulheres com DM, buscar evidências acerca das representações sociais em relação ao processo saúde-doença do público feminino e investigar as tecnologias desenvolvidas e aplicadas no processo de educação em saúde direcionado às mulheres diabéticas. Ressalta-se que o enfermeiro deve estar comprometido com o entendimento dos fatores que afetam a QV das mulheres com DM, para sistematizar a assistência considerando as necessidades e interesses do gênero feminino.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Qualidade de vida; Mulheres diabéticas; Lesões nos pés.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PESQUISA-AÇÃO: CONTRIBUIÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE E OS DESAFIOS NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS

Marina Ferreira de Medeiros Mendes, Isabella Chagas Samico, Cynthia Resque de Barros Vasconcelos, Cecylia Roberta Ferreira de Oliveira, Hylany Bezerra de Almeida

Apresentação:

A coordenação dos cuidados tem sido destacada internacionalmente como aspecto fundamental para a organização de sistemas integrais de saúde, pois é identificada como estratégia capaz tanto de garantir a continuidade da atenção quanto de otimizar o uso dos recursos em saúde. Problemas vinculados à coordenação dos cuidados são apontados como um dos principais desafios à organização dos sistemas de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, face à fragmentação da rede e à precária comunicação entre os níveis de atenção. Na atividade dos profissionais, a coordenação pode ser entendida como a habilidade para reconhecer, encaminhar os problemas de saúde e promover a integração entre os serviços que os usuários necessitam. Em geral, são considerados três tipos de fatores que influem na coordenação: organizativos da rede, perfil dos profissionais envolvidos e as necessidades de saúde do paciente. Na realidade brasileira, o conhecimento dos profissionais sobre os mecanismos de coordenação entre níveis de atenção ainda é incipiente. A formação inadequada dos profissionais, o pouco tempo disponível e as condições de trabalho influem na precária articulação entre os pontos da rede de saúde. O presente estudo é recorte de uma pesquisa multicêntrica, intitulada “Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde na América Latina - Equity - LA II”, sob a coordenação geral do Consórcio de Saúde da Catalunha-Espanha com a participação de seis países latino-americanos – Brasil, Colômbia, Chile, México, Argentina e Uruguai.

Este estudo tem como objetivo apresentar a estratégia metodológica produzida para a construção e implantação da intervenção “Reuniões Conjuntas entre níveis de atenção” no contexto do Município de Caruaru, Pernambuco, Brasil

Método: Estudo qualitativo, com enfoque na pesquisa-ação para identificação dos problemas prioritários e seleção das intervenções. A pesquisa-ação consiste essencialmente em acoplar pesquisa e ação em um único processo, no qual os atores implicados participam, junto com



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

os pesquisadores, para chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inscritos, identificando problemas coletivos e buscando experimentar soluções em situação real. Simultaneamente, há produção e uso do conhecimento. O estudo foi desenvolvido no município de Caruaru, com 351.686 habitantes, sede da IV Gerencia Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil. A rede de saúde dispõe de 63 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e 16 unidades de Atenção Especializada (AE). Os problemas de coordenação foram identificados a partir dos estudos da linha base (qualitativo e inquérito), realizados por meio de entrevistas com os profissionais da rede de saúde. Os resultados revelaram falhas nos três tipos de coordenação: informação, gestão clínica e administrativa. Para seleção dos problemas prioritários foram realizadas reuniões, com formação de grupos de discussão, com a participação de profissionais da AB e AE, tendo como facilitadores pesquisadores do Equity LA II e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os critérios para eleição dos problemas foram: relevância, factibilidade política da intervenção, vulnerabilidade ou resolubilidade e a governabilidade dos atores envolvidos. Os critérios foram apresentados em forma de exposições dialogadas e os problemas mais importantes selecionados, mediante discussões em grupos, utilizando a técnica de consenso. Para escolha da intervenção, investiu-se num processo dinâmico de compartilhamento de informações, tendo como subsídios, além da seleção prévia dos problemas, revisão da literatura sobre evidências de intervenções exitosas, boas práticas e experiências da Plataforma de Profissionais (PP) e Comitê Condutor Local (CCL). O processo foi desenvolvido no período de fevereiro de 2016 a outubro de 2017.

Resultado: A construção da intervenção caracterizou-se por dois momentos articulados: pactuação da agenda estratégica e análise coletiva das propostas de enfrentamento. Foram realizadas reuniões mensais com representantes da gestão, profissionais da rede e equipe de pesquisa. Posteriormente, foram desenvolvidas capacitações nas áreas temáticas consideradas pelos atores como prioritárias: linha de cuidado em diabetes e saúde mental. Os principais problemas identificados foram: falta de acordos em relação aos critérios de referência e contrarreferência, insipiência de reuniões conjuntas e discussões de casos clínicos, precária comunicação entre os profissionais, encaminhamentos desnecessários da AB para AE, desvalorização/falta de confiança na AB por parte dos especialistas e entraves no sistema informatizado. Após as discussões, chegou-se ao consenso que a intervenção prioritária teria como foco “melhorar a comunicação entre os profissionais” por considerarem

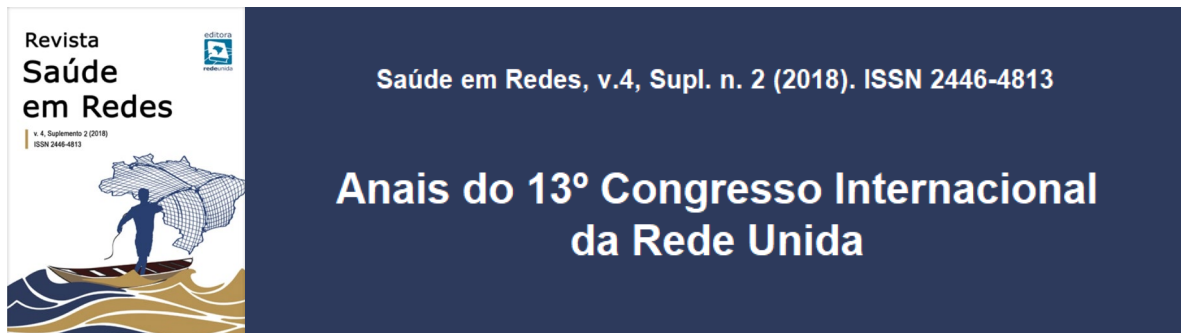


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

o seu potencial em repercutir sobre muitos problemas. Na construção da intervenção, de modo transversal, foram constituídos os processos de educação permanente, monitoramento e avaliação. O desenho foi elaborado a partir das seguintes etapas: descrição da intervenção, definição de objetivos, atividades necessárias para implantação, monitoramento, resultados e avaliação. Após análise de viabilidades pelos atores, a intervenção foi definida como “Reuniões conjuntas entre níveis de atenção” e seu desenho tendo como componentes: interconsulta remota entre níveis (plataforma e e-mail institucional), linha de cuidado de diabetes (construção e implantação) e discussão conjunta de casos (matriciamento em saúde mental). O desenvolvimento compreendeu ciclos que se retroalimentaram. Esse processo contribuiu para trabalhar a autocrítica e a reflexão sobre a necessidade de mudanças, além de destacar a importância do protagonismo dos atores locais. As atividades começaram a ser desenvolvidas e incorporadas no cotidiano das unidades. Para o acompanhamento, foram elaborados relatórios mensais de cada reunião do CCL, captando as propostas e mudanças no processo, deliberações e encaminhamentos. Esses relatórios eram enviados para todos os participantes, sendo a execução, estratégias de enfrentamento das dificuldades e avanços discutidos nas reuniões seguintes. Porém, após sete meses da experiência em desenvolvimento, fatores relacionados ao contexto da crise política e econômica do país e a mobilização em torno das eleições municipais em 2016, proporcionaram um cenário de fragilidades, incertezas e perda de informante-chaves, influenciando negativamente a participação nas reuniões e adesão dos profissionais. Como estratégias para superar as dificuldades foram intensificados contatos com a nova gestão, repactuação coletiva da proposta, articulação de nova agenda, visitas de monitoramento às unidades e acordos de cooperação.

Considerações finais: A experiência de construir uma intervenção a partir da metodologia da pesquisa-ação constituiu-se numa inovação na forma de planejamento e edificação das proposições. Os diversos olhares (gestores, profissionais e equipe do Equity) contribuíram para ampliar a identificação de fragilidades e entraves, pondo em prática mecanismos de superação. Portanto, foi possível tornar esforços isolados em movimentos articulados, mantendo a proposta da intervenção com adaptação às novas realidades que emergiram no contexto de mudanças da gestão, rede de saúde e no território local. Este modo de produzir/pesquisar possibilitou o encontro entre os dados subjetivos e objetivos, colocando em evidência as implicações dos sujeitos como produtores de saberes, bem como as



reflexões de suas ações mobilizadas pelos acontecimentos nos espaços-tempo desta investigação. Percebeu-se que a implementação exige tempo e resiliência, pela complexidade dos critérios e perfil dos atores. Sua institucionalização dependerá da correlação de forças, podendo atuar de forma sinérgica ou antagônica.

Palavras-chave: Redes de Atenção, Pesquisa-ação, intervenção em saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À CRIANÇA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Rodrigo Lima, Tiótrefis Fernandes, Júlio Schweickardt, Joyce Scharamm

Ao considerarmos que ao longo dos anos as mudanças ocorridas na saúde da criança permitiram a redução das iniquidades sociais da população infantil a partir de um enfoque prioritário na promoção do nascimento saudável acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na criança por constituírem elementos imprescindíveis para proporcionar boas condições de saúde na infância. A ESF foi efetiva em alcançar famílias mais pobres com o aumento da cobertura do sistema de saúde brasileiro que atingiu comunidades de baixa renda e áreas urbanas e de periferia existentes nas cidades brasileiras. O Programa Mais Médicos representa um marco das políticas públicas acessório do fortalecimento da atenção básica no Brasil. Por meio de alocação e provimento de profissionais para regiões de grande vulnerabilidade social, estudos demonstraram o aumento da expansão da atenção básica e do desempenho do programa medidos pela produção de consultas e encaminhamentos médicos e pelas ações de educação em saúde pelas equipes da estratégia saúde da família em especial nos municípios brasileiros mais pobres. Por outro lado, ainda inexitem estudos que comprovam o desempenho do trabalho médico pertencentes ao programa no cuidado cotidiano de crianças cobertas pela estratégia saúde da família. Destaca-se ainda que indicadores de produção ambulatorial médica destinadas à população infantil consistem ser altamente sensíveis para a oferta de serviços de saúde e estratégicos para a redução das desigualdades regionais em saúde. Objetivo. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o desempenho do profissional médico e de sua equipe de saúde para a assistência infantil a partir de indicadores básicos de saúde da criança, no contexto da estratégia de saúde da família no Brasil, de forma mais específica nas regiões brasileiras prioritárias determinadas pelo PMM, de 2013 a 2014. Métodos. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, sobre a produção de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, pertencentes ou não ao PMM nos anos de 2013 e 2014, com base em protocolos de validação, a partir de dados secundários oriundos de dois sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) – SIAB, ESUS, ambas de acesso público. Com o intuito de minimizar



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

os erros de coleta e notificação ou digitação encontrados, critérios de consistência foram atribuídos, de forma a garantir maior confiabilidade dos dados referentes à produção ambulatorial da atenção básica com enfoque na atenção infantil. Desta forma, foram utilizados dois tipos de critérios de consistência, sendo para: a) em nível horizontal: as produções mensais das equipes repetidos por três ou mais meses (incluindo valores zerados) eram excluídos da análise; b) em nível vertical: os Critérios referentes para cada variável de 'atendimento e de consulta' foi estimado 99%, como limite superior, e admitiu-se, como limite inferior, os valores diferentes de zero, pois entendemos que incorpora o critério de plausibilidade a partir do cotidiano dos serviços na estratégia saúde da família e a diversidade das regiões brasileiras. Além disso, o critério de consistência de cada variável de 'população' admitiu-se os percentis 2,5 e 97,5 como limites inferior e superior aceitáveis, necessários para a construção dos indicadores do estudo. Para este estudo foram analisados 04 indicadores da atenção à saúde da criança, considerando parâmetros técnicos oriundos de evidências científicas validadas nacionalmente. Foram analisados indicadores, como a Proporção de crianças < 1 ano com cobertura vacinal, proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo, razão de consulta médica em < 1 ano e Razão de atendimento de puericultura em crianças < 2 anos, de acordo com os parâmetros nacionais. Resultados. O banco de dados construído para a pesquisa considerou para análise os registros válidos de todas as equipes da atenção básica que atuam no modelo de estratégia saúde da família (ESF) na modalidade de 40 horas semanais. Os achados encontrados no estudo contribuem para ampliar as evidências sobre a atenção a população infantil <2 anos na ESF nos diversos cenários em que as equipes estão inseridas como o desempenho positivo nos indicadores de cobertura vacinal de 95%, e uma proporção de aleitamento materno de 75%, com o menor desempenho na região Nordeste e Capitais brasileiras. Consulta Médica com melhores resultados no ano de 2014, em comparação a 2013. Em relação ao perfil da equipe as consultas médicas em menores de 1 ano foram mais elevada nas equipes pertencentes ao Programa Mais Médicos. O preconizado para atendimento em puericultura que envolve o médico e o enfermeiro são de 4,5 consultas em crianças menores de 2 anos. Os resultados o alcance deste indicador em todas as regiões e estratos de municípios e aumento nos atendimentos de Puericultura nas regiões mais pobres e de baixo IDH. Conclusão: A saúde infantil está presente na agenda política do país há várias décadas, e a implantação da ESF acompanhou essa evolução, o que contribuiu para um maior enfoque das equipes de saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

da família a criança brasileira, e que provavelmente permitiu um avanço positivo nos resultados dos indicadores infantis, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade social, que além de reduzirem o coeficiente de mortalidade infantil, melhoraram a qualidade de vida das crianças. O estudo elucidou que o PMM contribuiu para reduzir as desigualdades no acesso em localidades que ainda apresentavam baixa cobertura da ESF e um desafio na atenção à saúde. O desempenho do profissional médico do MM contribuiu para o aumento da oferta de serviços de saúde nas diversas regiões, e quebrou um paradigma por se tratar de uma estratégia de provimento, onde na sua maioria eram médicos estrangeiros.

Os resultados demonstram que a qualidade na atenção prestada à criança, contribui para que o processo de trabalho não seja apenas reativo, mas que a oferta do cuidado possa ser planejada a partir do encontro de saberes entre as categorias profissionais e a comunidade. A análise dos indicadores que o estudo nos propôs leva a refletir sobre a relevância do agir intersetorial na atenção à criança, que para ser integral, deve se conectar a outros dispositivos e não apenas ao setor saúde.

Serão necessários outros estudos, com ênfase em uma análise qualitativa que possam evidenciar os efeitos do PMM nos atributos da AB nos cuidados a criança.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde; Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos; indicadores, Saúde da Criança



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

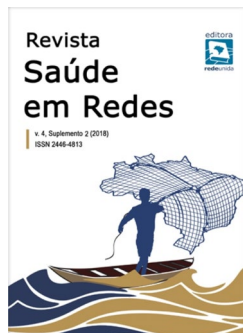
## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### MULHERES QUE NOTIFICAM A VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA

Luciana Virginia de Paula e Silva Santana, Caroliny Oviedo Fernandes, Laura Elis Aguiro Reis Junqueira, Sandra Luzinete Felix de Freitas, Grazielli Rocha de Rezende Romera, Ana Paula de Assis Sales

Introdução: A violência, uma das principais causas de óbitos no mundo de pessoas entre 15 e 44 anos, é compreendida com uma realidade mundial multifatorial, podendo ser auto infligidas, interpessoais e coletivas. Assim como a violência no geral, a específica contra as mulheres é um fator de escala mundial com sérias implicações para a saúde pública e tem se constituído em um fenômeno histórico-social que influencia o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres e, por esta razão é constantemente abordada nas políticas públicas de saúde desde os anos 1990. Reafirma os preceitos patriarcais, é produzida pela hierarquização do domínio masculino dentro das relações sociais entre os sexos, historicamente delimitadas, culturalmente legitimadas e cultivadas, nas quais a mulher está exposta a agressões, tanto no espaço público como no privado. No Brasil, a cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente e os atos violentos resultam na perda de um ano de vida saudável para cada cinco anos de submissão às agressões. O Brasil ocupa o 5º lugar com uma taxa de 4,8 homicídios por violência em 100 mil mulheres. Mato Grosso do Sul ocupou a 9º posição em 2013 com uma taxa de 5,9 homicídios por violência em 100 mil mulheres e, Campo Grande o 23º lugar entre as capitais com uma taxa de 5,4 homicídios por violência em 100 mil mulheres. A elevada prevalência e suas consequências caracterizam a violência contra a mulher como um problema de saúde pública e exige estudos de diversas áreas de conhecimento. Para sua prevenção é preciso conhecer as proporções e impacto do problema. Objetivo: Estimar a ocorrência dos casos de violência contra a mulher e caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência atendidas nos serviços de saúde. Método: Trata-se de um recorte de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa com os casos notificados de violência contra mulheres adultas de 20 a 59 anos assistidas na Rede Municipal de Saúde (REMUS), dentro do período compreendido entre janeiro de 2010 e março de 2015. A coleta de dados foi realizada por intermédio de um funcionário, autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU), Mato Grosso do Sul, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. As





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

variáveis que contemplaram as informações sociodemográficas das mulheres foram: faixa etária, etnia/raça/cor, situação conjugal, escolaridade e distrito municipal administrativo de residência. Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “A situação da violência contra a mulher em Campo Grande - MS” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer nº 890.305 de 02 de novembro de 2014. Resultados: No período foram notificados 5.874 casos de violência contra a mulher dentro da faixa etária de 20 a 59 anos, com média mensal de 93,2 casos. A média de idade das mulheres foi de 33,8 anos. As mulheres, na faixa etária predominante (20 a 29 anos), encontram-se em um período de maior atividade sexual, reprodutiva e produtiva resultando em índices de incapacidade ou morte significativos, como o fato de que um de cada cinco dias de abstenção no trabalho seja consequência da violência doméstica. Entre os motivos desencadeadores da violência encontra-se o ciúme, podendo ser resultante da juventude e beleza, uma vida social mais ativa o que as torna vulneráveis a certos atos violentos por parte de desconhecidos, bem como pela posição no mercado de trabalho ou pela busca de independência financeira. Mediante a essa realidade, existe a hipótese explicativa na qual conforme as mulheres envelhecem se tornam mais produtivas financeiramente e influentes no meio social, aumenta a subnotificação dos casos atuais de violência. Ou seja, mesmo tendo sofrido violência durante a juventude, as mulheres mais velhas possuem meios de desviar dessa situação sem a necessidade de procurar atendimento, aumentando a combinação da faixa etária jovens com os casos notificados ou denunciados de violência. Em relação ao estado civil, verificou-se que 45,9% eram casadas ou em união estável, seguida pelas mulheres solteiras (26,9%), solteiras (10,5%), a menor parcela de viúvas (1,4%) e 14,9% não foi informado. Assim, nesta pesquisa, a maioria das mulheres cujos casos de violência foram notificados, eram casadas ou então solteiras. Essas diferenças podem ocorrer devido à cultura brasileira de que muitos casais estáveis não legalizam a união, considerando-se, da mesma forma, como casadas quando questionados sobre a situação conjugal. Além disso, as divergências estariam ligadas as condutas das mulheres perante seus cônjuges ao vivenciarem o abuso: divorciar ou manter o relacionamento. Em outras características sociodemográficas, como a escolaridade, 48,3% não foi informada, 29,7% das mulheres possuíam até o ensino fundamental, 16,8% estudaram até o ensino médio, 4,4% até o ensino superior e a minoria era analfabeta (0,7%). De maneira simplista, seria possível afirmar que as mulheres, mais vulneráveis a violência, possuem baixa escolaridade. Entretanto, é necessária cautela nessa afirmação, visto que a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

violência se encontra em todos os níveis de escolaridade e que o fato de haver mais notificações e/ou denúncias entre as mulheres com níveis mais baixos de escolaridade pode se relacionar a maior utilização dos serviços públicos de saúde e segurança, tornando o problema visível nessa população. Dentre os casos de violência notificados, 26,1% das mulheres se autodeclaram brancas, 24,5% de raça/cor parda e 23,7% preta. Cabe ressaltar que essa variável é dependente das características populacionais de cada região, dessa forma não corresponde a uma realidade universal para todas as áreas. A etnia, isoladamente, não é um fator de risco para a ocorrência de violência no sexo feminino, mas sim o contexto histórico-social ao qual determinado grupo étnico está vinculado, podendo apresentar maior vulnerabilidade em relação à vivência dos atos violentos. O território urbano de Campo Grande (MS) é dividido nas seguintes regiões urbanas: Centro, Segredo, Prosa, Bandeira, Anhanduizinho, Lagoa e Imbirussu. Observando os locais de residência das mulheres em situação de violência, notou-se o destaque da região Anhanduizinho com 29,0% das notificações, seguida pela região Lagoa (15,9%), Segredo (15,5%), Imbirussu e Bandeira com 12,7% cada, Prosa com 8% e o Centro com 3,7%. A Região Anhanduizinho, com a maior porcentagem de casos notificados, possui a menor densidade demográfica, a pior renda per capita e taxa de alfabetismo e o segundo menor Índice de Qualidade de Vida Urbana. Entretanto, apenas estas informações não são suficientes para determinar uma relação entre as condições que favorecem a violência de gênero com a frequência das notificações de violência contra mulher. Conclusão e implicações para a saúde: Por meio da determinação da ocorrência e da caracterização das mulheres vítimas de violência, verificou-se que a maioria da população do estudo encontra-se na fase produtiva e reprodutiva, são brancas, casadas, com baixa escolaridade e residentes na Região do Anhanduizinho. A violência contra a mulher é frequente em todos os níveis da sociedade, perpassando todo o ciclo de vida feminina, com maior ocorrência entre as mais jovens. A alta ocorrência da violência relacionada ao gênero reflete a sua importância e suas repercussões na saúde da mulher que procuram os serviços de saúde. Para o atendimento dessa população vulnerável, é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados a identificar os casos de violência e a articular os diversos serviços disponíveis na rede para prestar uma assistência mais efetiva e humanizada às mulheres em situação de violência. Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da mulher. 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

### PRÁTICAS ACADÊMICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM LEPTOSPIROSE

Karina Barros Lopes, Emilly Melo Amoras, Bruna Damasceno Marques, Elizabeth França de Freitas, Ana Sofia Resque Gonçalves, Gabriela Campos de Freitas Ferreira, Julliana Santos Albuquerque Ribeiro, Evandro Cesar Natividade De Sousa

**Apresentação:** A leptospirose é uma doença infecciosa aguda e febril, potencialmente grave, causada por espiroquetas do gênero *Leptospira*, que inclui uma espécie patogênica, *L. interrogans*, e uma espécie de vida livre, *L. biflexa*. A leptospirose é uma zoonose e pode ter ocorrência em meio rural, relacionada com atividades agrícolas e pecuárias, mas pelas condições habitacionais e de saneamento básico existentes nas grandes cidades do Brasil, é crescente sua incidência urbana. É clara a correlação entre a curva pluviométrica, a presença de roedores em domicílio e peridomicílio, as condições precárias de trabalho e moradia com o número de caso. O principal reservatório é constituído pelos roedores sinantrópicos das espécies *Rattus norvegicus* (ratazana ou rato-de-esgoto), *Rattus rattus* (rato de telhado ou rato preto) e *Mus musculus* (camundongo ou catita), onde o mesmo é capaz de eliminar a leptospira viva através da urina durante toda vida. Ocasionalmente a infecção se dar através do contato direto com a urina ou carne de animais e, excepcionalmente por mordeduras de roedores contaminados. Outros reservatórios de importância são: caninos, suínos, bovinos, equinos, ovinos e caprinos. O perfil epidemiológico da leptospirose em Belém está relacionado com o desordenado crescimento urbano da cidade e com a falta de saneamento básico. A doença se manifesta de duas formas: anictérica e ictérica. O quadro clínico se inicia com calafrios, febre (temperatura atingindo 39 à 40 °C), mialgias intensas, principalmente nas panturrilhas, e vasodilatação cutânea e de mucosas, sobretudo ocular (hiperemia conjuntival). O diagnóstico deverá se basear primeiramente nos elementos positivos de ordem epidemiológica e clínica. Para o diagnóstico específico vários são os métodos utilizados, tais como: cultura, exame microscópico, inoculação em animais de laboratório, reações sorológicas e detecção de IgM específica pela reação de ELISA. Os principais exames laboratoriais para o diagnóstico inespecíficos são: hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, Gama GT, fosfatase alcalina e CPK, Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup>). Se necessário, solicitar: radiografia de tórax, ECG e gasometria



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

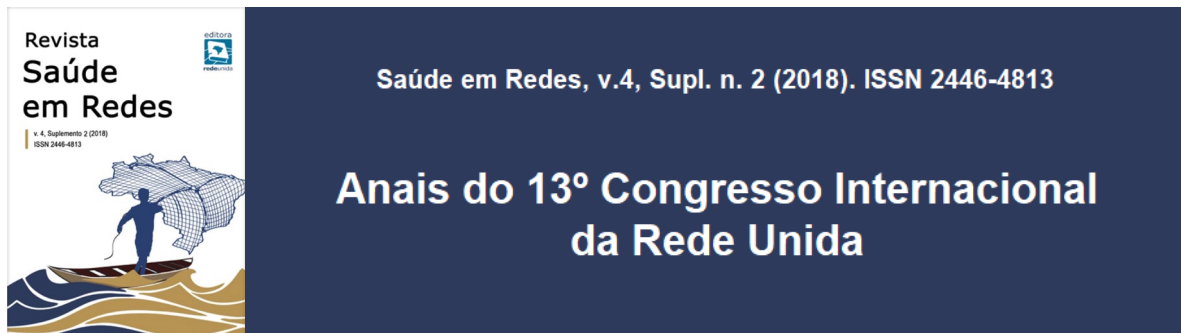
arterial. A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia parece ser maior na primeira semana do início dos sintomas. Na fase precoce, deve ser utilizado a Amoxicilina durante 5 a 7 dias. Na fase tardia deve ser utilizada Penicilina G, Ceftriaxona ou Cefotaxima. A duração do tratamento com os antibióticos intravenosos são de pelo menos, 7 dias. As principais medidas de suporte são: reposição hidroeletrólítica (Ringer Lactato ou Soro Fisiológico); transfusão de sangue e derivados; nutrição enteral ou parenteral; proteção gástrica; Vitamina K intramuscular de acordo com a atividade de protrombina; analgésicos; antitérmicos e antieméticos, se necessário. O acompanhamento do volume urinário e da função renal são fundamentais para se indicar a instalação da diálise peritoneal precoce, o que reduz o dano renal e a letalidade da doença. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), durante a internação de pacientes acometidos por leptospirose, proporciona melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao cliente, pois se trata de um método científico de trabalho que por meio do Processo de Enfermagem ocorre o planejamento individualizado das ações elaboradas pelo profissional enfermeiro. A SAE é extremamente importante para o cuidado, pois o enfermeiro precisa conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso de seus conhecimentos e habilidades científicas, para que se tenha a organização, ocasionando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. O objetivo deste trabalho é relatar, sobretudo, a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem, da Universidade Federal do Pará, a partir da utilização da SAE a um paciente com leptospirose, referindo, a interrelação da sistematização da assistência com a humanização do cuidado no que diz respeito a esta patologia. Desenvolvimento: trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, requisito avaliativo da atividade curricular Enfermagem em Doenças Transmissíveis, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará. O local de estudo foi um hospital universitário, o estudo foi realizado durante o mês maio de 2017. Para desenvolver o presente relato, aplicou-se o processo de enfermagem, que é composto pelas etapas de: histórico de enfermagem ou anamnese; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; prescrição de enfermagem e avaliação da assistência de enfermagem. Os dados coletados foram analisados, posteriormente foram identificados os diagnósticos de enfermagem, implementadas as intervenções necessárias e verificados os resultados esperados, utilizando a taxonomia da NANDA, NIC e NOC. O paciente foi selecionado de forma aleatória para o estudo. Ao primeiro



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

contato com o paciente, foram coletadas as informações sobre o seu estado atual; este se apresentava: consciente, orientado no tempo e espaço, ictérico (principalmente a esclerótica, conjuntiva ocular e cavidade oral na região de palato); dificuldade de movimentação no leito, devido acesso venoso periférico e conseqüentemente suporte para o soro (Ringer Lactato), eliminações urinárias não apresentavam mais colúria (aspecto límpido). Posteriormente consultamos o prontuário, para identificar o histórico do paciente, condições de chegada, motivo da internação, tratamento realizado e evolução do quadro clínico. Resultados: Após a análise dos problemas identificados, o paciente teve os seguintes diagnósticos de enfermagem: risco de desequilíbrio eletrolítico, relacionado a disfunção renal e volume de líquido insuficiente; risco para infecção, relacionado à exposição ambiental a patógenos aumentada, hospitalização e procedimentos invasivos; disposição para eliminação urinária melhorada, relacionado a expressão do desejo por melhorar a eliminação urinária e mobilidade no leito prejudicada, caracterizado por capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro, relacionado a barreira ambiental (suporte para o soro). Para tais diagnósticos foram implementadas as seguintes intervenções, respectivamente: controle de eletrólitos (manter solução intravenosa com eletrólitos em um gotejamento constante, conforme o apropriado) e controle hidroeletrólítico (obter amostras laboratoriais para monitoramento de níveis alterados de líquidos ou eletrólitos; controle de doenças transmissíveis e controle da infecção; controle da eliminação urinária (monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, odor, volume e cor, conforme apropriado); cuidados com o repouso no leito, posicionamento (determinar o nível de mobilidade e as limitações dos movimentos) e promoção da mecânica corporal (assistência no autocuidado). Após a execução da SAE espera-se atingir os seguintes resultados: equilíbrio hídrico, função renal melhorada, hidratação, normalidade das eliminações urinária, desempenho da mecânica corporal e mobilidade. Considerações finais: Mediante o exposto foi possível observar a implementação efetiva de um plano de cuidados embasado da SAE. Com isso, é notória a importância da SAE implementada pelo profissional enfermeiro, visto que está se da por meio de conhecimentos e habilidades científicas, para uma melhor assistência ao paciente, promovendo o cuidado integral ao mesmo, tendo uma visão holística sobre o paciente, onde além dos aspectos biológicos, se considera os aspectos sociais, econômicos, culturais, psicológicos e outros. O enfermeiro deve utilizar a SAE como instrumento obrigatório nas práticas de cuidado, prevenindo agravos, garantindo reabilitação e promoção da saúde por



meio do processo de enfermagem, levando em conta a individualidade de cada um, assim, interferindo diretamente na qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Promoção da Saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA COMO RECURSO PARA O DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Camila da Silva, Vanderléia Schineman, Vanderléia Schineman, Catarine Martins Torres, Catarine Martins Torres, Emalline de Paula Santos, Emalline de Paula Santos

#### 1: Introdução:

Este artigo trata-se de um relato de experiência de um breve estágio realizado a partir da disciplina intitulada “Projeto de Investigação Exploratória da Comunidade”, pertencente ao Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste, visando a inserção dos alunos nos mais diversos contextos comunitários. Com o objetivo de inserir o aluno no contexto comunitário, a ementa preconiza uma aproximação com o campo de estudo possibilitando o levantamento de demandas para pesquisas sob uma perspectiva interdisciplinar dentro de um determinado território. Assim, formaram-se grupos a partir dos objetos de pesquisa, sendo esse em questão formado por quatro pessoas, uma assistente social e três psicólogas.

Diante de um mundo globalizado, o avanço tecnológico, aumento populacional e desigualdades sociais caracterizam o cenário atual. A ciência em um primeiro momento contribuiu para o desenvolvimento tecnológico, ascensão da indústria, expansão urbana e comunicação, porém não foi suficiente para resolver problemas antigos da sociedade como doenças, desigualdade social, miséria e tantos outros. Isso mostra que a atenção em saúde não deve ser feita de maneira fragmentada e especializada, pois acaba sendo insuficiente e ineficiente.

A interdisciplinaridade não acaba com a ideia da especialidade, mas pauta-se em um trabalho que conta com a união das mais diversas áreas de conhecimento, garantindo que o objeto de estudo ou intervenção seja visto por vários olhares que se conversam entre si e se complementam. Nessa lógica de construção de conhecimento nenhum saber se sobrepõe, mas se somam, tornando-se algo mais completo.

#### 2- Objetivos:

A Unidade Básica de Saúde e sua equipe de Estratégia de Saúde da Família foi eleita como campo desse estágio pois considerando-a como ponto de referência para o acesso da





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

comunidade à saúde, visualizamos nela a possibilidade de conhecer as características dessa comunidade a qual ela pertence e também a possibilidade de discussões acerca da interdisciplinaridade junto da sua equipe multidisciplinar.

O serviço de saúde, enquanto parte do contexto comunitário, tem importantes contribuições a oferecer para o fortalecimento das redes sociais de suporte das comunidades. Este estágio teve como objetivo geral a aproximação com o campo e o conhecimento dos conteúdos comunitários, propondo como objetivo específico o desenvolvimento de uma proposta de intervenção a partir das demandas encontradas no campo pesquisado.

### 3- Método:

Iniciamos a inserção na UBS através da aproximação com a equipe e observações no campo e também no território, acompanhando o dia a dia da unidade. Após alguns dias de observação, conversamos com a enfermeira responsável, a qual enfatizou que a principal dificuldade que enfrentam é quanto as questões relacionadas à Saúde Mental, que possuem pouca formação nessa área, e enfrentam dificuldades para a realização da estratificação de risco e possuem pouca habilidade para prestar atendimento às pessoas que apresentam uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas.

Diante disso, pensou-se na realização de uma oficina sobre Saúde Mental na Atenção Básica, com toda a equipe. Para que a referida Oficina de fato pudesse mobilizar a rede e redesenhar de fato os processos de trabalho em saúde mental, estendemos o convite para alguns profissionais/representantes dos pontos de atenção da Rede de Saúde Mental de Irati, como as coordenações do CAPS II – do Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS, e do Ambulatório Municipal de Saúde Mental. Nessa oportunidade, com o Grupo de Pesquisa, estabeleceu-se os objetivos dessa intervenção, de possibilitar um momento de reflexão sobre as questões de saúde mental, favorecendo o repensar das práticas cotidianas e relação com a rede de atendimento do município, proporcionando a troca, compartilhamento e, principalmente, estreitar os vínculos da rede, facilitando o encaminhamento e contrarreferência dos usuários daquele território.

### 4. Resultados e discussão:

Durante as primeiras observações e diálogos estabelecidos foi identificada a demanda de uma capacitação profissional sobre saúde mental. Com a realização desta atividade, buscou-



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

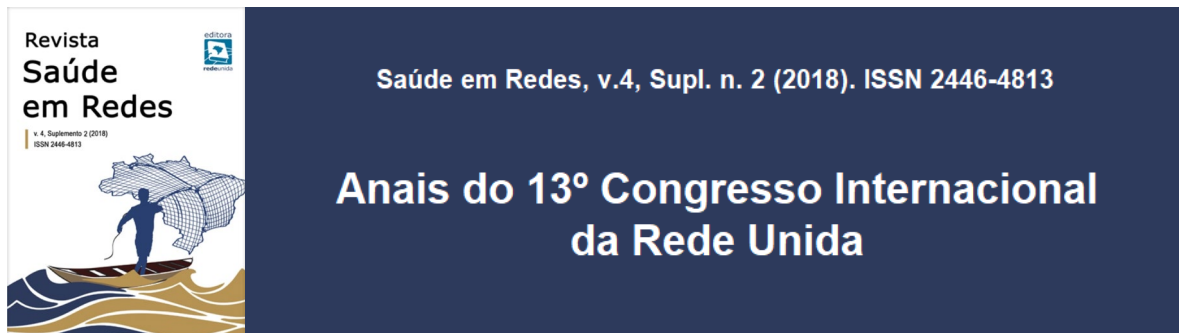
se desmistificar a saúde mental estimulando a reflexão sobre medicalização e a autonomia do usuário, repensar a estratificação dos casos, elencando possibilidades de trabalhos e devidos encaminhamentos, bem como a co-responsabilização do trabalho em rede.

O Ministério da Saúde aponta que mais de 50% dos casos que chegam até a atenção básica possuem algum agravo em saúde mental e que 80% dos casos que chegam ao serviço especializado em Saúde Mental (Ambulatório, CAPS) não precisariam ser encaminhados até eles e que poderiam ser acompanhados na própria Unidade de Saúde Básica. O chamado Matriciamento, ou apoio matricial (AM) vem para reorganizar o atendimento em saúde mental a partir da rede básica, modificando a maneira de trabalhar o sofrimento psíquico a partir dali e estimulando a integração da rede e assim, fortificando-a.

O apoio matricial é uma estratégia que contempla a descentralização das ações em saúde mental, perpassando o modelo biomédico de saúde e transformando a rede em uma clínica ampliada, facilitando o acesso do usuário ao serviço e do vínculo com o mesmo, pautado na junção dos mais diversos saberes, culminando em um serviço humanizado e numa atenção longitudinal e de forma integral desse sujeito. Ele constituído por um conjunto de ações onde a equipe especializada em Saúde Mental desenvolve ações conjuntas com as equipes da atenção básica na lógica da interdisciplinaridade e co-responsabilização do usuário, permitindo um trabalho ampliado, articulado e qualificado em saúde mental e garantindo o acesso da pessoa com transtorno mental a todos os serviços que fazem parte da rede.

Apesar da reforma psiquiátrica e dos novos modelos de atenção em saúde mental, a pessoa com transtorno mental ainda possui uma representação social bastante negativa, fortalecendo ainda mais a ideia de exclusão, rejeição e discriminação desse sujeito, sustentando a lógica manicomial de tratamento, o que implica muitas vezes na dificuldade, resistência ou insegurança por parte dos trabalhadores da saúde em abordá-lo ou acompanhá-lo, muitas vezes culminando até na exclusão desse sujeito dos serviços que deveriam atendê-lo.

O usuário, a família, o território e a comunidade formam uma rede de atores com saberes e fazeres diferenciados. As ações conjuntas entre Saúde Mental e a Atenção Básica podem contribuir na prevenção e promoção de saúde e não devem se limitar à medicalização e “patologização” do sofrimento, mas a espaços que promovam qualidade de vida à toda comunidade.



Como resultado desse breve trabalho, pode-se observar que as discussões realizadas a partir desse encontro da equipe com o serviço especializado foram bastante positivas, possibilitando uma melhor comunicação e entendimento entre os serviços de saúde e também a articulação de novas ações e estratégias relacionadas à Saúde Mental.

##### 5. Considerações finais:

A partir desse trabalho, ressalta-se a importância do apoio matricial e de ações em rede dentro do município, a educação permanente para os profissionais de saúde como possibilidade de produção de conhecimento que, a partir dos problemas enfrentados no trabalho, aperfeiçoa a prática e a atenção à saúde da comunidade em geral e também a importância da conscientização sobre o trabalho interdisciplinar para pensar ações mais abrangentes, efetivas e de qualidade na atenção básica, visto que o aumento considerável de casos de transtornos mentais mostra a necessidade da Saúde Mental ser objeto de discussão, reflexão e ação dentro de todos os serviços do SUS.

Palavras-chave: interdisciplinaridade; saúde mental; trabalho; estratégia de saúde da família



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E PRÉ-NATAL DO PARCEIRO: ESTRATÉGIA PARA PROMOVER A SAÚDE DA FAMÍLIA.

Maria Betina Leite de Lima, Kenia Caceres Souza, Bruna de Moraes Quintana, Plyscilla Seeymour Barbieri Naide, Thauane de Oliveira Silva, Marjana Augusta Pinto da Silva, Thais Neves de Carvalho

**Apresentação:** O período gravídico-puerperal requer diversos cuidados, como a realização do exame pré-natal e pré-natal masculino, de maneira a qualificar o cuidado direcionado na família, favorecer a inclusão do parceiro, preparar o casal para a chegada do novo membro no ambiente familiar, identificar precocemente agravos que possam colocar em risco a saúde do trinômio mãe/parceiro/filho e intervir em tempo oportuno. O trabalho tem por objetivo caracterizar o resultado da não compreensão da imprescindibilidade do pré-natal e pré-natal masculino e caso a realização de ambos os exames seja desenvolvida por meio de uma assistência inadequada, pode promover algumas consequências relacionadas à fase gravídico-puerperal e a saúde do trinômio. **Desenvolvimento do trabalho:** O estudo trata-se de uma revisão integrativa a partir da busca online nas bases de dados contidas no Latino Americana em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online, na Biblioteca Virtual em Saúde e nos Manuais do Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2017, através da busca dos Descritores em Ciências da Saúde: Pré-Natal, Pré-Natal Masculino, Saúde do Homem, Saúde da Família, Direitos Sexuais e Reprodutivos e Assistência de Enfermagem. **Resultados:** A pesquisa foi realizada em cinco etapas a ser consideradas: identificação do tema e elaboração do problema; coleta de dados; categorização dos dados encontrados; análise dos dados coletados e apresentação da revisão de 34 artigos analisados. **Considerações finais:** A partir disso concluiu – se que a participação do parceiro é imprescindível no período gravídico- puerperal, que a realização de uma assistência pré-natal qualificada promove a saúde do trinômio desde a gestação, assim como a atuação dos profissionais de enfermagem no envolvimento do pai/parceiro.

**Palavras-chave:** Enfermagem materno-infantil; Cuidado pré-natal; Cuidados de enfermagem; Saúde da mulher; Saúde do homem; Saúde da família.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### FUNCIONALIDADE E SINGULARIDADE NO CUIDADO EM CENTRO DE REABILITAÇÃO: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O USO DA CIF/OMS

Maria Cristina Pedro Biz

Apresentação: Este trabalho compreende parte de pesquisa de doutorado de uma das autoras. Aborda-se aqui o processo de implementação da CIF/OMS em um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade de médio porte de São Paulo por meio da capacitação dos profissionais de diferentes áreas para construção e aplicação de um instrumento de avaliação baseado na CIF/OMS (checklist). A proposta visa mostrar sua importância na organização do trabalho multi e interdisciplinar, contribuir para maior conhecimento/reflexão do impacto das condições de saúde para o usuário bem como para o aprimoramento do cuidado e da atenção em saúde e oferta de projetos terapêuticos singulares. O modelo multidimensional oferecido pela CIF, em que o ambiente onde as pessoas vivem é fator importante para o estado de saúde das populações com repercussão na prevalência e extensão da deficiência, permite mensurar as interações, trazendo informações úteis acerca da pessoa (prover um dispositivo assistivo) na sociedade (implementar leis contra a discriminação, por exemplo), ou ambos, produzindo dados que forneçam maior visibilidade sobre o processo terapêutico quanto a evolução do usuário, mensurar a melhoria da sua capacidade e desempenho, estabelecer estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades pessoais de cuidado, e com sua habilidade em viver de forma independente e autônoma. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas, a luz da CIF, como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais, permitindo mensurar as mudanças de estado relativas à condição de saúde e classificar e descrever o contexto em que esses problemas acontecem o que possibilita planejar, desenvolver estratégias e estabelecer ações das equipes, dos serviços em saúde. Isso possibilita a construção progressiva de escalas que clarifiquem o fenômeno saúde-doença-funcionalidade-cuidado. Utilizar a CIF no processo de trabalho também contribui para promoção de mudança de paradigma da saúde e do sujeito, hoje, baseada na doença para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde. Desenvolvimento do trabalho: Os participantes são profissionais de saúde de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Ocupacional e Serviço Social de um Centro Especializado em Reabilitação de um município do interior de São Paulo. Trata-se de unidade de serviço de reabilitação física composta por equipe multidisciplinar, que presta assistência domiciliar e ambulatorial, 22 profissionais de ambos os sexos, que prestam assistência a uma média de 100 adultos e idosos com condições de saúde de origem neurológica e física. O processo de capacitação envolveu aplicação de questionário quanto ao conhecimento da CIF, seguida da apresentação dos conceitos, estrutura e formas de aplicação e instrumentalização para que as diferentes áreas produzissem um checklist para utilização da CIF. Foi realizado um Grupo Focal com os profissionais para conhecer suas percepções e atitudes quanto a estrutura da CIF, o entendimento dos seus domínios, as possíveis dificuldades na aplicação e a lógica conceitual trazida pela CIF. Na sequência, considerando-se o processo de trabalho em que cada profissional está inserido, foram desenvolvidos checklists da CIF com informações dos profissionais em suas áreas de atuação, a partir das seguintes questões norteadoras: rotina de trabalho - complexidade, demanda, procedimentos; meios de coleta de dados - triagens, exames, consultas; estratégias terapêuticas - avaliação, processo terapêutico e reavaliação. Os códigos de cada domínio da CIF que compuseram o checklist contempla as diversas áreas da equipe multidisciplinar. O processo de escolha dos códigos iniciou já na capacitação, com base no perfil clínico da população atendida, do nível de complexidade e tipo de assistência do serviço. Em conjunto com a equipe foram definidos os seguintes segmentos do serviço: Assistência Domiciliar, Assistência Muscoesquelética, Reabilitação Neurológica e Fonoaudiologia Infantil, sendo desenvolvidos checklists para cada setor. A análise do checklist será feita pelos profissionais, comparando-se os qualificadores da CIF ao longo do tempo nas avaliações em três momentos: avaliação inicial, intervenção e reavaliação, o que possibilitará gerar indicadores de funcionalidade e incapacidade que permitirão analisar conjuntamente com o usuário o processo terapêutico quanto as estratégias utilizadas, em qual, ou quais componentes trazidos pela CIF são necessários ajustes e intervenções, a efetividade do planejamento proposto. Importante salientar que o uso da Classificação não substitui a avaliação específica do profissional em sua área. A avaliação conjunta composta por cada área fornecerá subsídios das condições de saúde da população atendida. Resultados: Conforme o questionário inicial aplicado no início da pesquisa, dos 22 profissionais do serviço, apenas 10 já tinham algum contato com a CIF, e com a percepção que reflete o grupo de que “ a CIF é muito difícil!”. Os resultados preliminares do grupo focal



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dos profissionais trazem a posição consensual quanto a importância da capacitação para uso da CIF para compreensão da sua lógica conceitual, do modelo proposto pela classificação, e da sua estrutura, ao mesmo tempo em que trazem a preocupação da utilização da CIF como complexa e trabalhosa. Foram elaborados 4 checklists: Assistência Domiciliar (Fisioterapia e Psicologia); Assistência Muscoesquelética (Equipe envolvida - Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Psicologia), Reabilitação Neurológica (Equipe envolvida - Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia) e Fonoaudiologia Infantil. Com exceção da Assistência Musculo-esquelética, cuja rotina de atendimento abrangem 10 sessões, para as outras áreas, foi estabelecido 3 meses de acompanhamento para aplicação da CIF, que se encontram em andamento. Considerações finais: Os resultados mostram que parcela significativa dos profissionais do serviço já tinham um conhecimento prévio da CIF, mas todos compartilhavam a mesma percepção de que se trata de um instrumento de aplicação complexa e trabalhosa. Todos valorizaram o processo de capacitação para maior compreensão e implementação da CIF no serviço, que resultou na elaboração de 4 checklists de diferentes áreas do serviço. Os achados preliminares evidenciam a contribuição da CIF como subsídio para as avaliações multiprofissionais, definição de metas, gerenciamento das intervenções e medida de resultados no serviço estudado. No desenvolvimento do processo, tais checklist baseados na CIF poderão ser incorporados à rotina de trabalho tendo em vista oferecer cuidado qualificado, atendendo as demandas dos usuários e os objetivos da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Singularidade e cuidado em saúde, planejamento terapêutico



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM COINFEÇÃO HIV/AIDS E TUBERCULOSE

Jean Vitor Silva Ferreira, Jéssica da Silva Pandolfi, Jéssica Fernanda Galdino Oliveira, Aline Maria Pereira Cruz Ramos, Ana Sofia Resque Gonçalves

Introdução: A doença proporcionada pelo vírus da imunodeficiência humana (human immunodeficiency virus- HIV) tem sido pandêmica há mais de 30 anos, não obstante os vírus tenham sido transmitidos por chimpanzés e macacos para o homem há cerca de 100 anos atrás. Uma vasta quantidade de informações sobre sua história, patogênese e patologia clínica foi recolhida, no entanto, novos conhecimentos ainda estão emergindo. Os primeiros casos da Síndrome da imunodeficiência adquirida (acquired immunodeficiency syndrome - AIDS) foram descritos em homossexuais masculinos nos Estados Unidos da América, em meados de 1981. Esses relatos foram seguidos pela descrição da síndrome em indivíduos hemofílicos, hemotransfundidos, usuários de drogas, crianças nascidas de mães infectadas e parceiros sexuais de indivíduos infectados. Torna-se patente a dimensão de infecção no cenário mundial, evidenciando assim um problema de saúde pública. O HIV infecta células que expressam o receptor CD4 e o receptores de quimiocinas CCR5 e CXCR4. Esses são: Células T CD4 +; Monócitos e macrófagos (CD68 +): nos linfonodos, baço, fígado, cérebro, pulmão, medula óssea; Células dendríticas em centros germinativos linfóides e em superfícies linfoepiteliais (por exemplo, vagina, amígdala, reto). Desconectando, assim, a atuação do sistema imunológico do indivíduo, predispondo-o a várias infecções por diversos microrganismos oportunistas, entre elas podemos citar a tuberculose. A elevação das taxas de coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e bacilo da tuberculose (TB) determina desafios que impedem a redução da incidência de ambas as infecções, os quais têm sido bem documentados ao longo dos últimos anos. O aumento da prevalência global do HIV teve sérias implicações para os programas de controle da TB, particularmente em países com alta prevalência dessa doença. O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de TB como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes coinfectados. Portanto, o controle da coinfeção TB/HIV exige a implantação de um programa que permita reduzir a carga de ambas as doenças e que seja baseado em uma rede de atenção integral, ágil e resolutiva. O Enfermeiro tem importante





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

papel no que diz respeito a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para pacientes em coinfeção HIV/AIDS e Tuberculose. Objetivo: Elaborar uma Sistematização da Assistência de Enfermagem a um usuário portador de coinfeção HIV/AIDS e Tuberculose. Descrição da experiência: Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de cunho qualitativo, com um indivíduo com coinfeção HIV/tuberculose. Utilizamos como método o estudo de caso, que nos permite uma melhor compreensão do processo da doença e das relações que o indivíduo constrói com a mesma, como também, acompanhar o curso natural de ambas as moléstias e suas relações de sinergismo na morbimortalidade desses indivíduos, funcionando também como método eficaz no planejamento da abordagem terapêutica para diminuir o curso insatisfatório que a tuberculose pode assumir, se não tratada adequada e precocemente em pacientes com HIV/AIDS. Para a elaboração do caso, utilizamos como instrumentos a anamnese e o exame físico, exames laboratoriais, exames de imagem (radiografia de tórax), informações contidas nos prontuários de internação do paciente no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). A coleta de dados deu-se na clínica de Pneumologia do HUJBB, em Belém-PA, em novembro de 2017. O estudo apresentar-se-á em duas partes, a primeira parte propõe a exposição momentânea da história clínica do paciente, quando já se sucedeu a coinfeção com a tuberculose, apresentando-se internada, e o curso das doenças; e a segunda parte apresenta a fundamentação teórica do problema proposto com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem. No momento, apresentou-se lúcida, contactuante, orientada em tempo e espaço. Apresenta coinfeção HIV/AIDS e Tuberculose. A descoberta da infecção por HIV deu-se posterior ao diagnóstico de TB. Ao Exame Físico: couro cabeludo íntegro, mucosas normocoradas, dentição completa com presença de cáries, tórax plano, Ausculta Cardíaca: Batimentos cardíacos normofonéticos em 2 tempos, ritmo regular, sem sopro. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares presentes, diminuídos na base dos pulmões bilateralmente. Abdome semi-globoso, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor à palpação. Membros superiores e inferiores sem edemas, perfusão periférica satisfatória. Funções fisiológicas: relata polaciúria, evacuação 2 vezes ao dia, sono e repouso prejudicados. Normotérmica, normoesfígmica, eupnéica, normotensa. Resultados: A paciente obteve os seguintes diagnósticos de Enfermagem: Dentição prejudicada evidenciado por dentes estragados e relacionado a higiene oral ineficaz; Padrão de sono prejudicado evidenciado por mudança no padrão normal de sono e relacionado a interrupções; conforto prejudicado evidenciado por



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

descontentamento com a situação atual relacionado a regime de tratamento; integridade da pele prejudicada evidenciada por alteração na integridade da pele relacionada a imunodeficiência; Risco de infecção relacionado a exposição ambiental aumentada a patógenos, procedimento invasivos e imunossupressão; Ansiedade, evidenciada por angústia, medo e desamparo e relacionada a ameaça à condição atual. Como intervenções deu-se: encorajar o usuário quanto ao autocuidado e prosseguimento com o regime de tratamento visando melhora de sua condição clínica apesar das dificuldades encontradas durante o processo; a examinar constantemente a pele para inspeção de possíveis lesões ou sinais de infecções adjacentes como evidenciada em histórico clínico; motivação para melhora no padrão de higiene corporal e oral promovendo o autocuidado; incentivo da interação com os profissionais de saúde e pessoas que a cercam com intuito de fortalecer relações e maior comunicação evitando riscos de depressão e solidão já que apresentava sozinha no momento; notificar aos profissionais atuantes quanto a diurese frequente e possível risco de infecção urinária observando os aspectos da urina como cor e cheiro. Espera-se: o entendimento e prosseguimento do tratamento superando as dificuldades, melhora no autocuidado, bem como higiene corporal e oral, melhor interação social com os indivíduos do ambiente. Considerações Finais: A adequação que a SAE propicia permite a visão holística do indivíduo e melhor avaliação biopsicossocial. Torna-se patente a importância do acompanhamento do profissional de enfermagem, e conhecimento dos graduandos quanto a paciente coinfectados com HIV/AIDS e Tuberculose visto que manifestações, tratamento e cuidados tem suas particularidades, necessitando melhor adaptação e supervisão do Enfermeiro e o aumento significativo dessa coinfeção. Aos acadêmicos somou-se novas experiências e mudança da visão e aplicabilidade da SAE em Doenças Transmissíveis.

Palavras-chave: HIV; Tuberculose; Enfermagem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A FABRICAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (CER IV/SBC) EM REDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA COMO DISPOSITIVO.

Valéria Monteiro Mendes, Paula Bertolucci Alves Pereira, Larissa Ferreira Mendes dos Santos, Gislene Inoue Vieira, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Samara Kielmann Almeida dos Reis, Débora do Carmo, Débora Cristina Bertussi

Este texto resulta da pesquisa *Avalia quem pede, quem faz e quem usa* (2013 a 2017) e integra as análises da Rede de Observatórios Microvetoriais de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, que têm apostado em dois planos de exploração sobre o processo de fabricação de Políticas – a genealogia e a análise da Política como dispositivo. Sobre a genealogia, partimos do pressuposto que o exercício genealógico permite compreender as forças que se apropriam de uma questão e o como ocorrem as disputas segundo os valores e sentidos construídos por estas forças. Quanto à análise ao segundo, objeto deste texto, consideramos que ele possibilita compreender que, embora as Políticas busquem fabricar processos de subjetivação e operem nessa perspectiva, os atores envolvidos nesta construção produzem múltiplas possibilidades de movimentação. Nosso objetivo é discutir como a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência operou em São Bernardo do Campo quanto à proposta de organização do cuidado em saúde e aos arranjos fabricados pela Secretaria Municipal de Saúde na composição do cuidado à pessoa com deficiência. Trata-se de analisar o dispositivo como um disparador de vetores e de recolher o modo como distintos atores operam neste âmbito. A metodologia adotada foi a cartografia, na qual o método é o encontro. Nesta trilha, encontramos-nos com a questão candente do processo de construção do serviço: fabricar um CER IV em rede. Tal aposta decorreu do movimento de qualificação da rede (2009-2016) e da proposição de diversos dispositivos para sua efetivação (via gestão central, departamentos/serviços e trabalhadores), do que resultou a fabricação de uma outra vista do ponto (e não de outra perspectiva de um mesmo ponto de vista) sobre a produção do cuidado no município, incluindo a temática da reabilitação. O CER foi tecido em SBC a múltiplas mãos, segundo os pressupostos de produção do cuidado compartilhado entre pontos da rede e de arranjos interprofissionais (incluindo familiares/cuidadores), como parte da reestruturação da atenção ambulatorial especializada num contexto de fragmentação da oferta de reabilitação, de invisibilidade para as



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

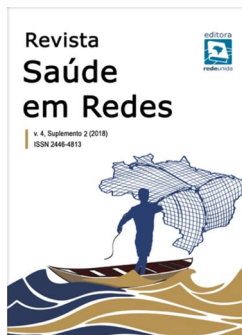
necessidades desta população e de não previsão da construção de um CER no município. Neste processo foi decisiva a participação da gestão (que disputou a viabilidade do serviço) e dos apoiadores de rede (que ajudaram na produção de visibilidades para o tema e na tessitura de relações do CER com a rede, mesmo com especificidades e permeabilidades distintas para os problemas). Dos resultados apontamos os efeitos na movimentação dos distintos atores (gestores e profissionais do CER, bem como de outros serviços) tendo em vista a aposta na produção de um arranjo em rede que articulasse as estratégias e as ações de reabilitação existentes e que incluísse novos desenhos, desdobrando a proposição do modelo assistencial do texto da Política Nacional. Destaca-se ainda a implicação dos trabalhadores na discussão de distintos arranjos de cuidado que contribuiu para a produção de sentido de pertencimento e de responsabilização e, possibilitou a abertura do serviço para a composição de uma rede nas/entre as equipes e para fora dele. Neste movimento foram produzidos os elementos estruturantes do serviço: o acolhimento não regulado/porta aberta, a interdisciplinaridade e o tema da alta. Sobre o primeiro, a proposta era torná-lo o único mecanismo de acesso (oportuno e necessário) e tal aposta demandou pactuações com a rede, visando recompor a solicitação de atendimentos (distintos encaminhamentos para diferentes profissionais) para reabilitação, tendo sido fundamental nesta construção o papel dos apoiadores. Após um período de realização do acolhimento em dois dias da semana por uma assistente social, houve o questionamento sobre a possível inclusão de alguns casos via regulação, o que provocou o posicionamento da equipe pela continuidade da porta aberta e pela necessidade de recomposição de tal tarefa, que passou a integrar o processo de trabalho no CER (incluindo o importante apoio da recepção). Quanto ao atendimento interdisciplinar, este também assumiu distintas configurações dentro e fora do CER, a depender da necessidade das pessoas, a exemplo do arranjo para usuários com disfagia e com dores osteomusculares crônicas (que extrapolou os muros do serviço), a reorganização da fila de otorrinolaringologia e a estratégia “vir a ser” (voltada ao cuidado de crianças com risco psíquico não poderiam ser acolhidas no CER, por não apresentarem deficiências e crianças com alguma deficiência que apresentavam tal risco psíquico). Em compasso com estes dois aspectos, o tema da alta também foi incorporado como estruturante, sendo trabalhado com os usuários e seus familiares/cuidadores como parte de um processo de reabilitação para a vida, desde o acolhimento. Percebe-se que o valor atribuído à processualidade (como noção constitutiva da fabricação do serviço) contribuiu para demarcar



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

uma mudança de conceito, de modelo e de cuidado sobre o tema da reabilitação. Fabricou-se, assim, uma oposição ao entendimento tradicional sobre os centros de reabilitação que privilegia uma lógica fragmentada (multiprofissional e não interdisciplinar), desarticulada (outros espaços de cuidado e de distintos modos de seguir a vida) e limitadora do acesso (definição prévia do número de atendimentos; impossibilidade de entrada de outros usuários e institucionalização daqueles que acessavam o serviço). Das considerações apontamos que a construção em rede do CER IV em SBC mostrou que as apostas e os arranjos locais podem ser decisivos na fabricação de movimentos para além do que determina o texto da Política, havendo múltiplas possibilidades de produção, apesar dos eventuais limites das definições legais. A experiência reforça que, como dispositivo, a enunciação da necessidade de uma rede é um vetor frágil para enfrentar a histórica fragmentação dos serviços de reabilitação e a redução da pessoa com deficiência à condição de consumidores-indesejáveis-descartáveis-improdutivos, não obstante a afirmação das necessidades e potencialidades dos usuários como critério para a necessária articulação de um cuidado em rede. Tornou-se nítido que o processo de invenção de uma política de cuidado para a pessoa com deficiência foi marcante na reinvenção do modo de pensar a atenção especializada em SBC. Isso mantém relação com a produção de visibilidades para as questões e necessidades da pessoa com deficiência (em ato e nos territórios) que foi desdobrada com a fabricação de modos de cuidar orientados segundo distintas formas de compor e de conduzir essas existências. Mesmo com os desafios e tensionamentos que permaneceram (baixa visibilidade em alguns territórios para o cuidado produzido no CER, articulação restrita entre o CER e a atenção básica, limitada sustentabilidade de algumas articulações), ficou evidente que distintos atores (além dos que ocupam os lugares formais da gestão) podem interferir decisivamente na produção da gestão e das políticas, justamente porque todos fazem gestão e todos reinventam as políticas no cotidiano da gestão e do cuidado. O arranjo produzido em SBC para as pessoas com deficiência foi inovador na construção de um serviço em rede e não regulado, o que mostra a potência da invenção local na superação dos limites das proposições nacionais. Concluímos que a análise de Política como dispositivo (como os exercícios genealógicos), apesar dos vetores biopolíticos que nos atravessam, ajuda a pensar sobre um conjunto de questões e de interlocuções não produzidas no campo e sobre possibilidades de compor modos de cuidar em saúde menos subordinadores e homogeneizantes, mais porosos à diferença e em ato.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: cartografia; CER-IV-SBC; análise de política como dispositivo; produção do cuidado



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PELOS CAMINHOS DA INTEGRALIDADE: O QUE UMA USUÁRIA-GUIA PODE ENSINAR SOBRE A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO?

Danielle Abujamra Siufy Nardez, Rosilda Mendes, Viviane Santalucia Maximino

O presente trabalho foi apresentado ao programa de Pós Graduação da Universidade Federal de São Paulo como requisito do título de mestre em Ensino em Ciências da Saúde, cuja defesa aconteceu em dezembro de 2017. O objetivo dessa pesquisa foi analisar a conformação das redes constituídas na Atenção Básica na construção da integralidade do cuidado, compreendendo como os vínculos são produzidos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade de pesquisa-intervenção que fez uso do dispositivo da cartografia para acompanhar os processos de formação de redes para o cuidado ampliado. A escolha pela abordagem qualitativa e pela cartografia encontrou eco na pergunta formulada e no objetivo traçado para essa pesquisa. Não se tratava de explicar ou medir um fenômeno, mas de investigar e compreender a potência do trabalho em rede na construção prática do conceito ampliado de saúde que abarca tanto as questões sociais quanto as territoriais. A proposta não foi isolar um fenômeno do seu contexto e caracterizar as variáveis, mas sim compreender as conexões presentes nas configurações de rede que se apresentavam no cotidiano do serviço elencado para o estudo. A aposta dessa pesquisa foi mergulhar no universo de sentidos de uma usuária-guia e de uma equipe, dedicando tempo para produzir dados sobre as redes e integralidade do cuidado. O cenário escolhido foi uma equipe de saúde da família de Santos que atua em um território de alta vulnerabilidade há dez anos e que demonstrou disponibilidade para o processo de pesquisa, bem como histórico de atuação em rede. A escolha do usuário como fio condutor dessa pesquisa foi realizada com a equipe buscando dentre os casos, aquele que mobilizou a atenção de todos pelo alto grau de vulnerabilidade e impacto no cotidiano do serviço, considerando ainda sua disponibilidade para participar do processo, vivências significativas nos diferentes pontos da rede, adesão e participação nos serviços. Diferentemente de tomar um sujeito para análise ou realizar entrevistas para a coleta de dados, o usuário-guia é mais abrangente e aproxima-se da construção de uma cartografia uma vez que se propõe a acompanhar a trajetória construída pelos sujeitos e está aberta a revelar os afetos e potencialidades do cuidado produzido em rede. A produção de dados foi realizada por meio de oficinas, sendo quatro com a equipe que

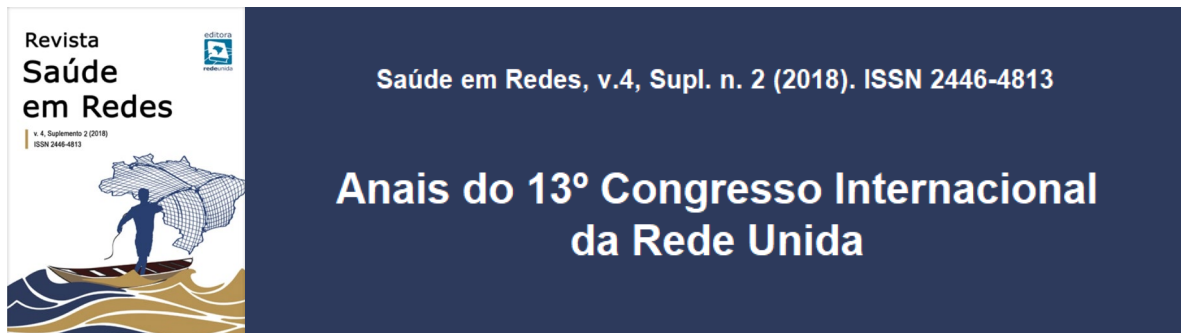


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

tiveram o objetivo de favorecer a participação de todos no desenvolvimento do tema, permitir a elaboração gráfica da trajetória percorrida pela usuária-guia e a produção de conhecimento a partir dos elementos que eles destacaram como favoráveis para construção de redes. A usuária-guia esteve presente em três momentos, sendo dois dedicados a conhecer a sua perspectiva da rede e a construção de seu mapa de afetos e na última oficina no qual foi proposto o desenho de uma rede compartilhada com a equipe, destacando a percepção de cada um a respeito de temas importantes para a produção do cuidado ampliado. Além disso, para a produção de dados ainda foram utilizados os diários de pesquisa elaborados pela pesquisadora e pela equipe e a construção de uma narrativa. Os resultados nessa pesquisa se configuraram como efeitos do processo de pesquisar e os tópicos que emergiram como analisadores das oficinas realizadas provocaram o debate a respeito da característica da produção do cuidado a partir da trajetória de uma usuária-guia pelas redes de atendimento. Dessa forma, os resultados apontam que o modo como a usuária-guia produz seus cuidados revela a relação entre as redes de serviço formalmente instituídas e as redes informais ou “redes vivas”. Mostram também que a afetividade e o vínculo se caracterizaram como vivências únicas para a construção do cuidado integral com destaque para o componente leve/relacional dos vínculos estabelecidos entre a usuária-guia e os trabalhadores e para o acolhimento produzido a partir dessa relação. O caminho percorrido pela usuária-guia deixou marcas importantes no modo de compreender os limites da atuação profissional dos trabalhadores e o papel que as diferentes categorias profissionais assumem na formação das redes e na concepção de cuidado integral. O conceito de integralidade permeou o desenvolvimento da pesquisa e é analisado sob a ótica dos trabalhadores e da usuária-guia, colocando em questão a formação das redes e a temerária visão do conceito como totalidade. A pesquisa permitiu ainda a reflexão a respeito do lugar no qual situamos os usuários nos processos de cuidado que acontecem nos serviços de saúde da rede e qual status que seu sofrimento adquire para os diferentes níveis de atenção, considerando que ser o centro da rede não é sinônimo de protagonismo, uma vez que pode significar estar sujeito aos cuidados previamente definidos pelos especialistas. Nesse sentido nos aproximamos mais do usuário como alvo de cuidados previamente descritos os quais podem se dar à revelia dos seus afetos. O método escolhido para a pesquisa também se constituiu um importante analisador para a produção de dados e mostrou-se revelador de pistas para o processo de pesquisa trazendo importantes questionamentos para o centro da discussão dos resultados





proporcionando uma abertura para novas possibilidades de investigação da integralidade e de formação das redes, pontos chave para a análise da produção do cuidado em saúde. A trajetória percorrida ao longo desse processo permitiu conhecer e revisitar alguns conceitos importantes para a prática do cuidado na perspectiva da integralidade e da formação das redes e foram pontos chaves para a análise da produção do cuidado em saúde. As redes são importantes instrumentos para as práticas integradas de cuidado, desde que não enredem o usuário nos desejos dos profissionais, assim como integralidade é desejável como ideal para as práticas desde que não anule a capacidade do sujeito de participar do planejamento de seus cuidados. A integralidade no seu caráter totalizante age assolapando as necessidades de saúde podendo resultar na padronização de comportamentos esperados para as comunidades atendidas. Integralidade tomada pela vertente da intervenção verticalizada e não dialógica pode ser prejudicial à saúde. O afeto foi tema recorrente nas oficinas e esteve presente como forma e conteúdo, consolidando a visão da afetividade como componente importante das relações estabelecidas nas nossas práticas. Incluir o afeto e a afetividade nas práticas não inviabiliza o uso do conhecimento técnico para a compreensão da doença e reforça a ideia que a Atenção Básica é um lugar privilegiado para a constituição de vínculos. O diferencial observado nessa pesquisa é a disponibilidade dessa equipe de suprir as necessidades da usuária, propondo articulações e soluções compartilhadas o que possivelmente deverá ser dar pelos caminhos futuros, uma vez que a rede não parou de ser tecida. Sendo assim, a ideia que se depreende dessa pesquisa não é tomar essa experiência como exemplo e generalizar os conhecimentos que emergiram dessa trajetória, contraponto a ideia de que podemos conhecer o funcionamento geral da rede a partir de uma de suas partes. É possível e desejável reproduzir a cartografia como método e intervenção para a construção de saberes próprios do lugar, ou melhor, caminhar junto com o usuário e apreender os conceitos que se farão presentes a partir daquela realidade, afinal sujeito e objeto compartilham um território existencial e intercessor que se extingue com o fim da experiência e não se repete nem mesmo para os mesmos sujeitos.



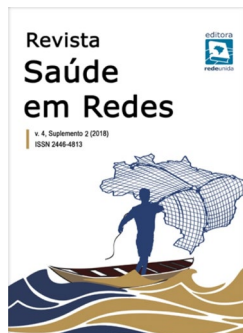
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### INCIVILIDADE E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NO TRABALHO: EVIDÊNCIAS DE COMPORTAMENTOS DESTRUTIVOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Yane Carmem Ferreira Brito, Luana Silva de Sousa, Aline Portela Bernanrdes, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Roberta Meneses Oliveira

Introdução: Comportamento destrutivo envolve condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores em suas práticas profissionais, envolvendo atitudes de incivilidade, violência psicológica e violência física. No processo de trabalho da Enfermagem, esta problemática tem sido evidenciada e disseminada em diferentes meios de comunicação que tem relatado casos de violência nas organizações de saúde envolvendo enfermeiros, técnicos e outros trabalhadores contra seus colegas de trabalho e repercutindo, consideravelmente, na qualidade da assistência prestada. Sabe-se que a busca por qualidade nos serviços de saúde tem requerido estudos, ações e formulação de estratégias para o desempenho de cuidados seguros e à valorização da equipe e o comportamento destrutivo, dentre outras formas de violência no trabalho, manifesta-se como um impedimento a essa valorização e à implementação da cultura de segurança. Objetivo: analisar comportamentos destrutivos no trabalho da equipe de enfermagem de um serviço hospitalar de obstetrícia. Metodologia: Trata-se de um recorte de projeto de pesquisa de maior abrangência (projeto guarda-chuva) intitulado: “Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito”. Este é um estudo descritivo, de abordagem qualitativa realizado no período de setembro a dezembro de 2014, em hospital terciário de referência para o estado do Ceará, nas unidades que compõem o serviço de obstetrícia, incluindo: internação (alojamento conjunto), emergência e sala de parto/centro obstétrico. A população foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem contando com os seguintes critérios de inclusão: trabalhar no período diurno e/ou noturno na unidade; exercer suas atividades na instituição há pelo menos 1 ano; ocupar cargo assistencial. Foram excluídos enfermeiros gerentes e supervisores e os que estavam de férias ou licença no período de coleta dos dados. Ao todo, participaram da pesquisa 30 trabalhadoras da equipe de enfermagem, sendo 12 enfermeiras e 18 técnicas de enfermagem. Estas aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados realizou-se por meio de um roteiro de entrevista em profundidade. Esta reunia as seguintes informações: características



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sociodemográficas e ocupacionais e perguntas norteadoras sobre comportamento destrutivo, condutas características e consequências. As entrevistas foram realizadas logo após os plantões, ou nos seus intervalos, por meio de gravação dos depoimentos com consentimento das participantes, visando à garantia de maior fidedignidade ao processo de análise e interpretação. Em média, as entrevistas duraram de 10 a 30 minutos. Para análise das entrevistas foi utilizada a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010) definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição com número de protocolo 479.384/2013. Resultados: O perfil das entrevistadas demonstra a totalidade de trabalhadoras do sexo feminino, o que reflete e determina uma característica predominante da Enfermagem. Apresentavam idade média de 36,7 anos, porém mais da metade tinha de 22 a 34 anos, revelando força de trabalho relativamente jovem. A maioria era técnica de enfermagem atuante na unidade de alojamento conjunto. Dentre as enfermeiras, a maioria relatou ser especialista, com destaque à Especialização em Enfermagem Obstétrica, com 75% das entrevistadas. Este dado demonstra que as enfermeiras do estudo eram profissionais especialistas na área de atuação, podendo demonstrar conhecimentos e práticas favoráveis à reflexão sobre o seu processo de trabalho. Quanto ao tempo de formação, verificou-se que as trabalhadoras tinham quase dez anos de formadas, também refletindo experiência na área. Além disso, tinham em média 10 anos de atuação no serviço. Cabe ressaltar que algumas participantes referiram trabalhar há mais de 30 anos na instituição, algumas com mais de 40 anos de formadas. Este resultado com relação ao tempo de formação e ao tempo de serviço é considerado favorável para as participantes abordarem aspectos crítico-reflexivos acerca do seu processo de trabalho. No que diz respeito às condutas características de comportamentos destrutivos estudados, foram extraídas das entrevistas 51 unidades de registro/contexto. Estas, por sua vez, foram categorizadas, principalmente, como incivildade e violência psicológica. Pouco mais da metade das unidades de registro/contexto abordava casos de comportamento destrutivo caracterizado como incivildade. Esta é conhecida como um comportamento destrutivo de baixa intensidade que viola normas do ambiente de trabalho para respeito mútuo, que pode ou não ter a intenção de prejudicar o alvo, não ameaça fisicamente o outro e pode ocorrer por diferença hierárquica. Dentre as condutas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

características de incivilidade prevaleceram: descumprir normas, rotinas e protocolos organizacionais, recusar-se a executar as tarefas atribuídas ou exibir atitudes que não cooperam durante as atividades de rotina e desrespeitar o colega de trabalho. Conforme foram evidenciados nas entrevistas, os principais consequentes dos comportamentos destrutivos estão relacionados às respectivas categorias: para o trabalhador/ equipe (medo, tensão e/ou perda de foco e sofrimento moral e psíquico), para o paciente (comprometimento da segurança e da qualidade dos cuidados) e para a organização de saúde (impacto na dinâmica e na cultura organizacional). Estudiosos afirmam que, na maioria das vezes, não há reconhecimento ou apoio para as ações contra as vítimas dos comportamentos destrutivos, e estas podem sofrer em silêncio. Este silêncio põe em perigo a saúde e a segurança do paciente e do trabalhador. Diante desses resultados, acredita-se na importância da abertura de espaços de discussão sobre a violência no trabalho, para que gestores possam estabelecer medidas e estratégias de prevenção e contenção desse tipo de violência, a fim de garantir a saúde, a dignidade e o bem-estar no trabalho. Torna-se importante discutir o assunto no espaço acadêmico, a fim de dar maior visibilidade ao tema para que futuros enfermeiros possam identificar e enfrentar adequadamente esse tipo de violência. Conclusão: O estudo demonstra que o comportamento destrutivo permeia a prática de enfermagem em obstetrícia, devendo ser tema de discussão entre os trabalhadores da área e na formação acadêmica tanto na graduação como na pós-graduação. Além da violência institucional, comum em hospitais públicos, existe uma violência cometida por trabalhadores contra seus próprios colegas, o que repercute em toda a organização, de diversas formas. Sugerem-se novas pesquisas que esclareçam o impacto desses comportamentos na segurança do paciente, analisando os eventos adversos gerados e o custo envolvido no tratamento dos danos causados para profissionais, pacientes e organizações.

Palavras-chave: Obstetrícia; Enfermagem Obstétrica; Relações interpessoais.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### MEDICINA ALTERNATIVA ATRAVÉS DAS BENZEDEIRAS

Ana Beatriz Tavares dos Santos, Gabriele Silva Marinho, Rodrigo Haruo Otani, Beatriz de Azevedo Nunes, Juliana Alencar de Arruda Câmara, Luís Felipe Jacinto Rêgo

A falta de assistência à saúde em diferentes comunidades no Brasil introduziu a figura do curador, sujeito que utiliza uma medicina mais empírica e popular, assim a presença do mesmo tornou-se recorrente. O curandeirismo, atividade praticada pelo curador, benzedor ou rezador, tem suas origens no sincretismo religioso e constitui um importante elemento da cultura popular brasileira. A temática sujeitos e singularidades na construção do cuidado em saúde, muitas vezes, não recebe a devida atenção, sofrendo dificuldades de transmissão dos saberes, a maior urbanização e, ainda, o maior acesso a sistemas formais de saúde, objetivando a maior compreensão foi feita uma pesquisa descritiva baseada em entrevistas e representações sociais sobre a atuação de Benzedoiras na prática de curandeirismo em conjunto da reza e utilização de ervas. Para tanto, foram realizadas visitas e entrevistas com algumas das benzedoiras que atuam em Manaus: Mãe Chiquinha, do bairro São Jorge, e Maria do Rosário, do bairro Redenção. Maria do Rosário da Silva Corrêa nascida no município de Porto Velho começou a prática de cura devido à ausência de assistência médica regular no local. O conhecimento de plantas foi passado por sua mãe e o dom da reza por seu pai, formando toda sua experiência na área do curandeirismo, o que em sua família é considerado dom seletivo, pois nem todos o recebem. O procedimento de cura sempre é iniciado com a reza acompanhada do terço e em seguida é feito o uso do remédio adequado para a enfermidade; a fé do paciente é indispensável no bom resultado do tratamento. Os remédios preparados pela benzedeira são compostos por plantas que na maioria das vezes estão plantadas no seu quintal, e quando há necessidade de fazer algum remédio com um elemento diferente, as pessoas atendidas por ela saem em busca e o trazem para então finalizar a mistura. O banho com a folha do sabugueiro acelera o processo de cicatrização de feridas, de grande ou pequeno tamanho, sendo usado especialmente em casos de catapora. A inflamação da garganta com secreção é curada pela ingestão da mistura de jambu, crajiru (*Arrabidaea chica*) e mel de abelha. Para recuperação de osso fraturado utiliza-se a combinação de mastruz, carvão picado, sêbo de Holanda e andiroba. O chá da folha do cipó-alho cura sinusite. Antes de iniciar o tratamento, Maria do Rosário sempre indica a consulta



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com um médico, pois, para ela, algumas doenças podem ser curadas através de remédios farmacológicos, mas também há outras doenças que nenhum médico pode curar, sendo necessário tratamento espiritual através da reza. Dessa forma, a planta vassourinha doce é usada tanto para tratamento de micoses juntamente com sal grosso e álcool, quanto para curar quebranto na hora da reza. O preparo correto da erva-de-passarinho do cajueiro auxilia na cura do câncer. A maioria das pessoas atendidas por Maria do Rosário são crianças, o caso mais frequente é a massagem em recém-nascidos por cesariana. Há também uma grande quantidade de pessoas adultas, oriundas de diversos lugares, que buscam seus remédios e rezas. Francisca Martins dos Santos, mais conhecida como Mãe Chiquinha, iniciou a prática curandeira no município de Uruará através de ensinamentos maternos. Seus métodos de cura são baseados no uso de remédios naturais eventualmente acompanhados de reza. As pessoas a procuram por motivos de enfermidades e problemas passionais que atraem mais o público adulto. A mistura de folha de arruda (*Ruta graveolens*) e álcool é utilizada para aliviar dores de cabeça e a combinação de arruda, casca de tangerina e cravo-da-Índia para o tratamento de sinusite, ambos por inalação. A arruda também é denominada como arruda-fedida, arruda-doméstica, arruda-dos-jardins, ruta-de-cheiro-forte é muito cultivado nos jardins em todo o mundo, devido às suas folhas, fortemente aromáticas. A medicina popular a indica nos casos de supressão da menstruação, por seu efeito fortemente emenagogo. Também possui efeitos abortivos, por causar fortes contrações uterinas que, por sua vez, podem provocar graves hemorragias, aborto e até a morte da mulher. Suas folhas são utilizadas como chá com fins calmantes. Na forma de infusão ou empregando-se as folhas secas em pó, combate os piolhos. Uma crença popular de raiz africana, remontando aos tempos coloniais, dita que os homens usem um pequeno galho de folhas por cima de uma orelha, ou que um galho das mesmas seja mantida no ambiente, para espantar maus espíritos. Desde a antiga Grécia, era usada para afastar doenças contagiosas. Os escravos africanos usavam-na contra mau-olhado. A igreja, no início da era cristã, fazia raminhos de arruda para espargir água-benta nos fiéis. A folha da erva-de-jaboti (*Peperomia rotundifolia*) utilizada na comida como tempero acalma as pessoas violentas. É considerada planta medicinal, sendo usada como estomáquica, expectorante, contra fraqueza e para banhos aromáticos. É comum na Amazônia, possui maticina e taninos em sua composição, o que lhe faz um forte diurético e hipotensor. A folha de cacau apresenta diversas utilidades no ramo medicinal. O cacau dilata a artéria coronária, aumentando o fluxo de sangue para o



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

coração. De acordo com uma pesquisa produtos naturais como o extrato de cacau pode eventualmente reduzir a pressão arterial. Utilizado nas convalescências como alimento energético, ataques anginosos, estimula as funções do aparelho urinário, combate as nefrites, é empregado nas fraquezas orgânicas e no esgotamento físico, rachaduras do lábio e bicos dos seios. A manteiga de cacau é usada para fazer loções, bálsamos para o lábio, cosméticos, cremes para tratar queimaduras. O óleo do cacau protege a pele e tem uma vida útil muito longa quando condicionado em boas condições. O pinhão-roxo (*Jatropha gossypifolia*) é útil para o tratamento de gota e outros tipos de reumatismo. Quando usado topicamente, o macerado das folhas possui ação sobre aftas na mucosa bucal e hemostática ao estancar o sangue. O pinhão-roxo pode ser utilizado como purgativo, os glicosídeos presentes na casca de suas sementes agem como estimulantes da musculatura gastrointestinal. Quando misturado com óleos puros, acelera a cicatrização de furúnculos. Os óleos presentes nas sementes da planta têm características adequadas ao consumo humano, estando dentro das especificações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para óleos. Há também remédios que não são inalados nem ingeridos, são aplicados na pele durante a massagem expelindo mazelas contidas em glândulas, frases como: "Jacaré bederberê" são proferidas pela benzedora necessitando da resposta "Bebebé" do paciente. Ambas acreditam no conceito de doença sendo qualquer mazela que afete o estado físico ou psicológico de uma pessoa, compartilhando também a ideia da cura divina ser complementar à cura científica. A atividade curandeira impressiona pelos seus efeitos apesar da resistência da ciência oficial, devido ao componente subjetivo que é a fé daqueles que se submetem à cura. O Benzedor em geral é alguém da própria comunidade, e que recebeu os ensinamentos dos antigos, não cobrando por suas atividades. Os rezadores são típicos das regiões remotas, onde os médicos são escassos e os remédios alopatas inacessíveis. No contexto contemporâneo, a cura popular das benzedoras tem sofrido diversas dificuldades. Apresentar os saberes dessas mulheres no presente estudo pode contribuir para a maior participação dessas personagens no cuidado em saúde, conferindo visibilidade às suas práticas e ao modo como se constroem como figuras respeitadas em suas comunidades e valorizadas por seus saberes populares.

Palavras-chave: curandeirismo; benzedoras; cuidados



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

criação de futuro e construção de cidadania entre articulação social e acompanhamento terapêutico de mulheres vítimas de violências e vulnerabilidades.

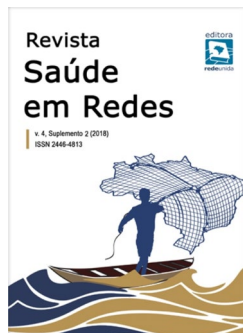
Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc

Neste trabalho vamos contar histórias vividas durante o desenvolvimento do Projeto Redes III em Porto Alegre. Durante o nosso trabalho, percorremos um território visível e geograficamente demarcado, mas também compartilhamos os territórios existenciais daquelas com quem dialogamos ao longo desse processo. Apoiados na metodologia do etnógrafo, a partir das narrativas das informantes, chegamos às dinâmicas relacionais presentes em cada território para propor uma intervenção capaz de atender as demandas das mulheres vítimas de violências e vulnerabilidades na cidade de Porto Alegre.

É a partir das histórias dessas mulheres que encaramos o desafio de acompanhá-las, na perspectiva de encontrar junto com elas pontos de ancoragem, desenhar possibilidades, construir pontes para a saída do circuito de violência. O imenso desafio estava também na corrida contra o tempo, trabalhando com um tempo outro. Tempo de prontidão de cada uma dessas mulheres para viver essa história e reescrevê-la de uma outra maneira. Também é um tempo outro para os serviços engessados nas condutas do cotidiano e no modo clássico ofertado de produzir saúde. Exigiu de cada um de nós uma disponibilidade de estar junto, compondo com as equipes já presentes em território para, junto com as mulheres, nos lançarmos nesse trabalho e garantir o cuidado longitudinal – o Redes entra e sai dos territórios acionados, mas a rede com suas equipes permanece. Nossa equipe em Porto Alegre era formada por um coordenador de território, três supervisorxs e cinco articuladorxs sociais.

O trabalho dxs articuladorxs sociais do Redes em território teve como ferramenta primordial a modalidade do acompanhamento terapêutico (AT). O AT como ferramenta nos oferece uma possibilidade única de circulação, uma disponibilidade para circular entre espaços instituídos e o fora, uma disponibilidade para o encontro com o outro através de um contrato ético relacional, pautado na busca da autonomia e de protagonismo do acompanhado. O AT tem como premissa fazer com o acompanhado, e não fazer pelo acompanhado, respeitar seus desejos e seu ritmo, bem como suas possibilidades, além de não fazer um julgamento moral do tipo de vida que o sujeito leva, mas tentar intervir para que o mesmo possa viver melhor,





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com mais qualidade de vida com suas escolhas. Coube ao articulador social adentrar ao território e aproximar-se dos serviços ofertando-se para acompanhar as mulheres. Estas foram acessadas a partir do encontro com os serviços e dispositivos comunitários, a partir do qual se construiu a demanda de AT. É nessa pactuação que foram encontradas as pessoas que se beneficiaram desta prática. Uma vez munidos destas informações, cada articulador(a) social buscou formas de se aproximar das mulheres, através da relação já estabelecida delas com as equipes e serviços. Não obstante, também atuaram a partir de uma busca ativa em território, sempre articuladxs junto com as equipes, para acessar as mulheres que não constituíram vinculação com a rede. Os acompanhamentos se desenvolveram no tecido social, permitindo-nos auxiliar as mulheres na busca de acesso a cuidados e direitos. Acompanhamentos que passaram por conhecer seus itinerários terapêuticos e de vida, conhecer melhor as dificuldades de acesso e as dificuldades que encontram em seus cotidianos para saírem do circuito de violências.

Acompanhamentos que buscaram não cair na armadilha de reduzir a experiência destas mulheres a um olhar biomédico, dando possibilidade para enunciarem suas verdades, inclusive dos saberes oriundos do próprio sofrimento. Observa-se nos serviços, certa falta de espaço para a palavra, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. Palavra muitas vezes sequestrada ou colonizada pelo discurso biomédico hegemônico. Muitas vezes, a relação do trabalhador/usuário, seja na atenção primária, seja no campo das especialidades, é regida por um tempo cada vez menor, fazendo com que o momento clínico, que seria o espaço para aprofundar a aprendizagem (já que é um tempo de aberturas afetivas e cognitivas para poder assumir o prescrito de uma maneira experiencial), está totalmente condicionado pelo tempo objetivo da consulta. E antes de ser um encontro entre trabalhador e usuário, parece mais seguir a forma médico/paciente do citado modelo.

Assim, partimos de um imprescindível resgate do espaço para a palavra e para um efetivo encontro com o outro. Aprender na experiência da troca com o outro que nos interpela e que também é interpelado. Produzir saúde em um encontro no qual o saber experto tenha tanto valor quanto o saber constituído a partir da experiência do padecimento. E a ferramenta do AT nos permitiu constituir este tempo outro para a escuta. Ao circular pelo tecido social, por vezes inclusive em busca de um atendimento, de um direito, o(a) articulador(a) social escutou e vivenciou junto com as mulheres esse itinerário. Conectou palavra e ação, rompendo com o constituído fazendo emergir possibilidades para o instituinte.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Além do tempo para a palavra, para o encontro, foi preciso tomá-la realmente como um saber produzido em primeira pessoa por quem nos enuncia sua narrativa, sua história: escutar o saber da usuária sobre seu próprio processo, as escolhas que fez ao longo da vida, os itinerários que percorreu em busca de ajuda, de uma suposta cura ou solução para o seu problema; tomar os saberes profanos (estes produzidos a partir da experiência do padecimento) como parte fundamental do processo de análise das condutas a serem propostas pelas equipes à usuária.

Outra importante face dessa intervenção foi a comunicação e intermediação entre os diversos mundos culturais, de trabalhadores, gestores, ativistas sociais e as mulheres acompanhadas. Uma produção de cuidado e cidadania também a partir da proposição de uma forma de relação singular entre os atores envolvidos no processo, colocando em simetria o discurso nativo e o discurso do experto. Enquanto terapêutica e produção política, recorreu os cabedais teóricos que lhe sustentam, utilizando seu caráter de especialidade, mas sempre reconhecendo o saber local ou os saberes profanos daqueles coletivos plurais. O desafio foi assumir uma postura de não saber frente aos atores em território, permitindo assim que a fluidez do encontro sem contaminação com o saber do especialista. Dessa maneira, a voz dos trabalhadores e, principalmente, das mulheres acompanhadas tiveram um papel fundamental na análise dos territórios existenciais, nas potencialidades e na estruturação da própria intervenção. Todos os saberes ali colocados em pé de igualdade, justamente a partir de sua diversidade. Potencializar o encontro com a alteridade, favoreceu a criação do próprio encontro, da intervenção e, fundamentalmente, de outros futuros possíveis para todos os envolvidos.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico; articulação social; gênero; cidadania



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS E DOS PAIS SOBRE O BRINCAR DA CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lidiane Da Silva Evaristo, Adriele Pantoja Cunha, Marlyara Vanessa Sampaio Marinho, Tainã Da Silva Lobato, Tayana De Sousa Neves, Edna Ferreira Coelho Galvão

**Apresentação:** O brincar é algo essencial e importante na vida da criança, pois contribui no aprendizado, educação, construção da personalidade, além de estimular a socialização e a interação com outras crianças o que contribui para o trabalho em equipe e o entendimento do mundo que a cerca. No entanto, quando as crianças se encontram enfermas e dentro do hospital é limitado à inserção na rotina delas a prática do brincar, visto que o ambiente novo e desconhecido está direcionado aos cuidados para reestabelecer sua saúde, onde são submetidas a inúmeros procedimentos e tratamentos em busca da cura de sua patologia, o que por vezes acarreta desgaste físico, estresse e outros prejuízos. Contudo, mesmo com os obstáculos enfrentados durante a internação, é possível e necessário proporcionar o brincar a estas crianças, com ações lúdicas que contribuam com o lazer, com atividades pedagógicas e torne o dia a dia na pediatria hospitalar mais agradável, uma vez que estes passam muito tempo distantes do meio escolar, do convívio com seus familiares e com amigos. Nesse sentido, projetos que contemplem as necessidades das crianças nesses ambientes são de suma importância, pois permitem atividades diferenciadas que se aproximam das praticadas na rotina anterior a internação. Pensando no benefício para as crianças, instituiu-se um projeto vinculado à Universidade do Estado do Pará-UEPA, intitulado Brinquedoteca hospitalar. Com base na relevância do tema o presente estudo tem como objetivo descrever a percepção dos acadêmicos e dos pais sobre o brincar da criança no ambiente hospitalar a partir da execução de um projeto realizado com crianças internadas em um hospital de média e alta complexidade do baixo amazonas. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, desenvolvido por discentes e docente da (UEPA)-Campus XII, realizado no setor da clínica pediátrica de um hospital público de referência, localizado no Oeste do Pará. A experiência se deu por meio de um projeto que conta com cerca de 30 brinquedistas voluntários, sendo acadêmicos dos cursos de enfermagem, educação física e medicina. Os mesmos para participarem passam por um processo de capacitação, onde aprendem atividades que podem ser desenvolvidas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sem prejuízo a saúde das crianças, tais como: brincadeiras, cantigas, pinturas, leitura e confecção de origamis. Além disso, estes devem participar de pelo menos uma integração do hospital tendo como ênfase as normas e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's) em casos de crianças que possuem algum tipo de restrição onde é repassado quais tipos de pacientes podem ter, como: paciente sem precaução por contato, paciente com precaução por contato e paciente em isolamento, assim como, quais medidas de proteção devem ser tomadas diante de cada situação, que brinquedos podem ser utilizados, higienização dos brinquedos conforme a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, imunização em dia tendo como comprovação a carteira vacinal, sorologia positiva para imunidade referente a varicela e hepatite B. Estando os voluntários aptos, são divididos em duplas de acordo com sua disponibilidade para diariamente desenvolverem as atividades com início as oito horas e término as doze, totalizando quatro horas diárias. O período da experiência correspondente é de março a novembro de 2017, no qual ocorre o diálogo com os pais e o contato enquanto brinquedistas com as crianças internadas na pediatria, por meio do projeto Brinquedoteca Hospitalar, vinculado a UEPA. Diariamente, inicia-se com as visitas na clínica, visto que sempre há novos pacientes, o que faz necessário a apresentação do projeto e identificação de crianças que não estariam restritas ao leito e poderiam brincar no cantinho da alegria bem como as que estariam restringidas para que tivessem atenção individualizada. Durante as brincadeiras, seja no leito ou não, os brinquedistas desenvolveram diálogos com os pais a respeito da importância do brincar de seus filhos no período de internação. Resultados e /ou impactos: Percebeu-se que os pais conhecem os principais benefícios que o brincar no hospital oferece as crianças. Nos diálogos, eles relataram avanços na educação, no lazer, na convivência, relacionamento afetivo e na forma de como se expressam durante as conversas, além de se tornarem mais alegres, espontâneos e criativos. No ponto de vista dos acadêmicos o brincar proporciona melhoras no quadro clínico psicológico, além de evitar agravos como isolamento social, ansiedade e até mesmo a depressão. No entanto, considerando que as mesmas encontram-se debilitadas, o brincar torna-se dificultoso, pela falta de tempo ou interesse, complicações no quadro clínico, procedimentos invasivos, falta de comunicação, restrição ao leito, deambulação e mobilidade prejudicada, cansaço, dentre outros. Em vista disso, o hospital disponibiliza um espaço para o lazer destas crianças, onde possibilita a aplicação do projeto já citado, bem como EPI's para o uso dos voluntários permitindo qualidade e diminuição de riscos não só



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

para as crianças, mas também dos voluntários durante a atuação no projeto. Aliado a isso, as dificuldades subjetivas das crianças são aliviadas segundo os pais, quando estas participam das atividades promovidas pelos brinquedistas, isso por que, estas, as aproximam de fato de brincadeiras relacionadas à fase infantil e os remete a igualdade perante as crianças que não estão doentes. Vale ressaltar, que as brincadeiras não são impostas aos infantis. Há momentos em que eles não querem brincar ou sair de seus leitos (os que podem), desejam apenas permanecerem quietos, e todos esses períodos individuais são respeitados. O brincar é acima de tudo uma decisão majoritariamente da criança internada. Considerações Finais: A experiência foi de suma importância, em relação às principais dificuldades e benefícios sobre o brincar no âmbito hospitalar. Para os pais, o momento do brincar de seus filhos no hospital colabora não somente no tratamento, mas também em sua relação com os outros infantis ali internados. Isso os deixa felizes e esperançosos na evolução terapêutica. Já para os acadêmicos o brincar no ambiente hospitalar possui grande influência na vida destes pacientes levando em conta a necessidade do lazer na infância assim como o desenvolvimento intelectual dos mesmos. Desse modo, é importante à criação e implantação de estratégias que proporcionem promoção da saúde, diversão, educação e aprendizado de forma lúdica e que despertem o interesse dos mesmos principalmente em relação às brincadeiras educativas, haja vista a grande necessidade de aprendizado constante para as crianças que ficam em um longo tempo de internação. Por isso, é necessário que haja conscientização dos pais e futuros profissionais da área da saúde a respeito da importância do brincar na vida da criança promovendo uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde; Criança; Brincadeiras



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TRABALHO INTERSETORIAL EM REDE NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO AO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE SANTA CRUZ DO SUL.

Ana Carolina Rios Simoni, Anelise Aprato, Alíssia Gressler Dornelles, Alexandre Butzke, Kellen Vendel, Luzia Bier, Mara Cristina Theisen Dettenborn, Marta Mueller, Patrícia Marcante Soares

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Estado do Rio Grande do Sul têm se proliferado e nem sempre apresentam as condições adequadas para promover o cuidado e o bem-estar das pessoas que nelas residem. As fiscalizações permanentes do Ministério Público Estadual e das vigilâncias sanitárias estadual e municipal têm demonstrado os riscos sanitários e as violações de direitos a que, não raro, os idosos estão expostos. Dentre as problemáticas identificadas, destaca-se o fato de que se tem institucionalizado, reiteradamente, de forma irregular, junto aos idosos, outras populações vulneráveis com menos de 60 anos, o que desrespeita as legislações e normativas específicas que visam garantir direitos e atender as necessidades de cada grupo populacional. Dentre estas, estão as pessoas com deficiência física e mental, pessoas que apresentam histórico de transtorno mental (egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, do Instituto Psiquiátrico Forense e/ou encaminhados por secretarias municipais de saúde, de assistência social e familiares) e pessoas com outros quadros clínicos limitantes.

A 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a de Políticas Públicas de Santa Cruz do Sul e o Ministério Público Estadual têm atuado na fiscalização e no acompanhamento destas instituições, bem como nos processos de desinstitucionalização dos moradores, segundo a legislação vigente, articulando a construção de soluções para esta problemática. No bojo destas articulações intersetoriais, optou-se por criar um grupo de trabalho permanente na forma de um Núcleo de Apoio Técnico ao Ministério Público Estadual de Santa Cruz do Sul, com reuniões ordinárias mensais e extraordinárias sempre que necessário, constituído por representantes das Secretarias Municipais da Saúde e do Desenvolvimento Social, bem como da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, a fim de abordar de forma intersetorial e solidária a problemática da vulnerabilidade de populações frequentemente institucionalizadas, tais como idosos, pessoas com deficiência e pessoas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com transtornos mentais relacionados ou não ao uso de drogas. Fazem parte deste Núcleo representantes das Políticas Municipais e Regionais de Saúde do Idoso da SMS de Santa Cruz do Sul, Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Saúde da Pessoa com Deficiência, Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e do Ministério Público Estadual de Santa Cruz do Sul.

Dentre os objetivos deste Núcleo estão: garantir fluxos seguros de cuidado em saúde e proteção social para idosos, pessoas com deficiências física/ mental e das pessoas com transtornos mentais, frequentemente institucionalizadas; planejar ações conjuntas para prevenir a institucionalização irregular de pessoas com menos de 60 anos em ILPI; articular a rede intersetorial para a construção de projetos terapêuticos singulares e de proteção e inserção social, de acordo com as demandas de cada indivíduo e família; garantir as condições adequadas de cuidado e o respeito aos direitos de populações institucionalizadas; realizar diagnóstico situacional acerca das institucionalizações regulares e irregulares em curso nas ILPI; elaborar plano de ação para desinstitucionalização das pessoas irregularmente institucionalizadas.

Como metodologia de trabalho temos a discussão e definição das ações a serem efetivadas em cada caso, a partir de reuniões intersetoriais sistemáticas de discussão de casos; a aplicação de Censo Clínico e Psicossocial com o objetivo de realizar um levantamento da história pregressa e atual do morador e definição de plano de ações; o trabalho em rede intersetorial, abrangendo todos os setores necessários para a atenção integral de cada indivíduo de acordo com o plano estabelecido; a realização de visitas domiciliares, audiências no Ministério Público com técnicos do NAT, familiares e usuários; organização de grupo da primeira escuta com trabalhadores de saúde mental, atenção básica, ambulatório do idoso e assistência social; participação dos técnicos do NAT, quando necessário, em vistorias das vigilâncias do Estado e/ou Município em ILPI.

Um breve panorama dos casos trabalhados ao longo do primeiro ano de criação do NAT nos mostra que, dentre os 33 casos discutidos, 73% das pessoas tinham entre 40 e 59 anos, 15% tinham mais de 60 anos e 12% tinham menos de quarenta anos; 70% eram do sexo masculino e 30% mulheres. Chamou atenção também o fato de que a maioria dos casos, 89% deles, era de pessoas com deficiência intelectual ou física, principalmente a primeira, e 11% dos casos eram de pessoas com transtornos mentais. Os resultados até o momento no trabalho caso a caso são os seguintes: em 18% dos casos se produziu a reinserção familiar, com



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

resgate de vínculos sociais e com o serviço de referência do território (Atenção Básica e Atenção Psicossocial); em 21% dos casos uma institucionalização foi evitada; em apenas 6% dos casos foi realizada a inserção em moradia terapêutica (Residencial Terapêutico ou Inclusivo); e 55% dos casos seguem em acompanhamento, seja para construir possibilidades de saída do ambiente institucional, seja para evitar que a institucionalização aconteça.

Uma avaliação sistemática do trabalho nos permitiu identificar algumas necessidades para o aperfeiçoamento da articulação em rede intersetorial em curso. Foram identificadas carências de dispositivos e profissionais no município necessários neste momento para que o processo de trabalho seja qualificado, evitando novas judicializações, institucionalizações e permitindo uma atenção integral aos usuários: implantação de centros de convivência dia, ampliação da equipe do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), implantação de mais dois Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e contratação de neurologista pela SMS. A avaliação do trabalho feito até então demonstrou ainda que o trabalho intersetorial racionaliza gastos, evitando a sobreposição de ações e o uso de tecnologias desnecessárias, como exames, internações e consultas de especialidade. Identificou-se também a necessidade de definir um grupo gestor-articulador do NAT para potencializar os processos de linha de cuidado na condução dos casos, criando maior coesão nas ações desenvolvidas.

Verificou-se ainda a importância de se estabelecer fluxos de atuação em rede, fortalecendo as equipes do território, especialmente a Atenção Básica, diante de situações de institucionalização que exijam ações imediatas e longitudinais. Neste sentido, foram criados fluxos que dividem responsabilidades e orientam ações articuladas, que envolvem fiscalizações em instituições, apurações de denúncias, primeira escuta de usuários e familiares em casos que chegam à Promotoria ou à rede, audiências na Promotoria, Censo Clínico Psicossocial e construção de planos terapêuticos singulares. Estes fluxos têm se constituído no cotidiano do trabalho intersetorial como ferramentas de linhas de cuidado, pela construção de itinerários singulares de cuidado em rede com respeito aos direitos humanos. O perfil dos casos trabalhados, por sua vez, nos mostrou que é imprescindível considerar a imbricação entre os processos de sofrimento psíquico e de institucionalização com alguns marcadores sociais como gênero, deficiências, raça/cor e vulnerabilidades sociais como trabalho precário no campo, histórico de violência doméstica, situação de rua e institucionalizações anteriores em equipamentos da assistência social. A sobreposição entre





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

vulnerabilidades é comum nas histórias de vida trabalhadas pelo NAT. Assim, o trabalho intersetorial no resgate de histórias de vida e vínculos sociais tem convocado a reflexões no campo da interseccionalidade, interrogando a ordem institucional que naturaliza a universalidade do sujeito de direitos e, com base no princípio da igualdade jurídica, invisibiliza as iniquidades. A atuação do Ministério Público local na discussão e construção das linhas de cuidado e dos projetos terapêuticos singulares conjuntamente às equipes de saúde e assistência social tem se mostrado fundamental para a garantia de direitos neste contexto de trabalho em rede intersetorial para a desinstitucionalização.

Palavras-chave: desinstitucionalização; intersetorialidade; direitos humanos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS OFICINAS DE CIDADANIA COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DE DIREITOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Roberta Costa Monteiro

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS OFICINAS DE CIDADANIA COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DE DIREITOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

O trabalho do assistente social nas Oficinas de Cidadania como efetivação dos direitos dos usuários da saúde mental, é o tema do presente trabalho, resultante da prática profissional da assistente social em CAPS da região do Vale do Rio dos Sinos do Estado do Rio Grande do Sul. O objetivo geral foi verificar se a proposta das Oficinas de Cidadania possibilitou a efetivação dos direitos dos usuários, visando contribuir na transformação da realidade e conseqüente melhoria na qualidade de vida. A metodologia utilizada foi a de debates e produção escrita, individual e grupal, sobre os temas escolhidos pelos usuários, na perspectiva de produzir reflexão e entendimento sobre a busca e efetivação dos direitos. A análise final realizada através da observação, escuta sensível, mediação e do processo grupal, revelou que as Oficinas de Cidadania criaram oportunidades de produção de pensar outras possibilidades em relação à condição de usuário da política de saúde mental e a condição de sujeito em si.

**Oficinas de Cidadania: construindo estratégias para a efetivação dos direitos**

Para melhor trabalhar os direitos sociais e a cidadania na perspectiva da política da saúde, utilizou-se a técnica de oficinas. O contexto social das Oficinas de Cidadania são os aspectos sociais, pessoais e de saúde de pessoas que utilizam os serviços do CAPS, onde estão inseridos os participantes da atividade.

A partir disso, o projeto das Oficinas de Cidadania surgiu da necessidade de incluir o usuário da saúde mental na discussão sobre o tratamento de transtornos mentais graves e persistentes e sobre os direitos sociais dos mesmos, visando à reinserção na sociedade. As mesmas oportunizam o debate sobre as questões do cotidiano fazendo com que cada usuário



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

se sinta e possa se efetivar como protagonista da sua própria história. A partir disso, as Oficinas de Cidadania foram criadas com o objetivo de possibilitar aos pacientes de CAPS a elaboração do entendimento sobre a realidade para que possam se sentir, cada um de seu modo, parte da sociedade. Ou seja, o atendimento que era prestado pelo modelo anterior ao surgimento do CAPS, de forma individual com o familiar do paciente, agora, está sendo realizada de forma coletiva com a participação do ator principal da trama.

Assim, a contribuição das Oficinas de Cidadania para a (re)organização familiar no período de descoberta da doença e no decorrer do tratamento é fundamentada nos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal e apoiada pela rede social constituída pelas unidades básicas de saúde, pelas estratégias de saúde da família, pela equipe de saúde mental do Hospital Municipal, pela rede de Assistência Social e por outros órgãos governamentais e não-governamentais. Essas informações, além de possibilitar a (re) organização da família, fazem com que usuários e familiares se fortaleçam enquanto cidadãos de direitos e deveres a serem respeitados.

Ser cidadão, na perspectiva da Saúde Mental Coletiva, é ter a compreensão a respeito dos seus direitos e deveres estabelecidos na Constituição Federal, assim como o seu cumprimento. Além disso, ser cidadão engloba a participação nas decisões dos governantes que irão influenciar na vida da população.

E, para que a discussão sobre direitos aconteça de modo criativo e lúdico, idealizou-se a construção de um jornal que se efetivou através dos encontros nas Oficinas de Cidadania. Após discussão de diferentes temáticas cada usuário escreveu seu parecer sobre o tema. Ou, ainda, elaboraram uma escrita coletiva a respeito da temática.

Pensa-se que a contribuição do Serviço Social para a (re) organização familiar no período de tratamento é fundamentada nos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal e apoiada pela rede social constituída pelos órgãos públicos e privados dos municípios. Essas informações, além de possibilitarem a (re) organização da família, fazem com que os usuários se fortaleçam enquanto cidadãos de direitos e deveres a serem respeitados.

Nas oficinas de Cidadania primou-se pelo exercício da reflexão sobre os temas propostos seguido do exercício da escrita sobre o tema. Essa metodologia privilegiava momentos de produção intelectual dos usuários, pois a profissional que coordenava a oficina anteriormente teve a ideia de produzir um jornal. Esse material tinha o objetivo de estimular o debate sobre os temas acerca da saúde mental e a distribuição era restrita à rede de serviços públicos.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Dando continuidade ao trabalho proposto eu, juntamente com a terapeuta ocupacional, proporcionamos discussões pertinentes aos direitos e deveres dos usuários e familiares de pessoas com transtornos mentais, nas quais se transformaram em escritos ricos em qualidade de acordo com o imaginário de cada participante. As produções textuais elaboradas nas Oficinas de Cidadania formaram a 2ª edição do Jornal do CAPS.

As discussões sobre as temáticas escolhidas sempre eram lançadas pelas mediadoras da atividade, a terapeuta ocupacional ou eu, e impulsionadas por um relato de situação vivenciado por um participante. O assunto que mais teve a participação e o interesse dos usuários foi a respeito do Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio doença e aposentadorias por tempo de serviço, por idade e por invalidez.

Vistas as Oficinas de Cidadania como ferramentas estratégicas de exercício de autonomia e cidadania, chego a conclusão de que o trabalho profissional voltado às demandas dos usuários visando justiça social e apostando na (re)construção do sujeito em sua capacidade de mudança, tem-se grande probabilidade de outras mudanças em nível macro societário.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de trabalho realizada nos CAPS, procurou estar diretamente vinculada e direcionada para o aspecto do (re)conhecimento, através da (in)formação sobre os direitos sociais dos pacientes e familiares.

Para viabilizar tal meta, utilizou-se como referencial teórico-metodológico a perspectiva da saúde mental coletiva, como integrante do processo de trabalho do Serviço Social, além de fomentar a discussão sobre esse “paradigma” dentro de um dispositivo de cuidado. A finalidade que norteou a prática foi a de contribuir para a qualificação do trabalho do assistente social, especialmente, para a construção e a ampliação da cidadania dos usuários desse serviço, na perspectiva do conhecimento sobre direitos sociais.

Frente ao contexto histórico do Brasil e das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas do Serviço Social, a realização das Oficinas de Cidadania, buscou dar maior visibilidade às conquistas sociais da população e viabilizá-las através da efetivação dos direitos sociais.

A implementação da idéia de discussão e escrita nas Oficinas de Cidadania sobre temas relacionados aos direitos sociais, foi um desafio. No início do trabalho, não se sabia as



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

proporções que a prática interventiva iria ter no campo de trabalho, mas, foi surpreendente os avanços individuais de cada usuário que participou das atividades.

O mais importante na realização dos debates e produção de escrita durante as Oficinas de Cidadania foi acompanhar a busca dos usuários pelos seus direitos, a busca pelo combate do preconceito contra os considerados “loucos” da sociedade e pela real efetivação do direito, a muito custo, conquistada por alguns usuários nesse período.

O processo de trabalho desenvolvido nas Oficinas de Cidadania revela que é possível transformar a realidade na ação de profissionais que ousam sonhar e concretizar um mundo melhor para todos.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva; Serviço Social; Oficinas de Cidadania; Direitos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CARETAS ARTICULADAS COM MOVIMENTOS DAS MÃOS - CAMM NO TRABALHO INTEGRADO DA UBSF S-07 DE MANAUS - AM UBSF S-07 DE MANAUS – AM

Elvira Eliza França, Elvira Eliza França

**APRESENTAÇÃO:** A compreensão das pessoas, acerca da importância do tratamento para dificuldades de aprendizagem e comportamento social, nem sempre é suficiente para ajudar a perceber a relação das alterações emocionais dos alunos, quando da tomada de decisões para os estudos. Isso fica mais evidente, ainda, nas famílias onde as pessoas sofrem a influência do uso de álcool e outras drogas. Mesmo realizando tratamento, há pessoas que iniciam os procedimentos mas os abandonam, sem perceberem a importância das ações preventivas que devem ser iniciadas ainda na infância. O estresse, assim como o uso de substâncias tóxicas enfraquece o córtex pré-frontal, área cerebral responsável pelos comportamentos sociais e pelas funções intelectuais mais complexas como: pensamento, raciocínio abstrato, memória de trabalho, consciência, tomada de decisões, planejamento etc. Em 1998-1999, a terapeuta Elvira Eliza França desenvolveu uma técnica terapêutica de baixo custo denominada “Caretas Articuladas com Movimentos das Mãos – CAMM, com base em uma pesquisa sobre as expressões das emoções de pessoas que realizam estratégias não convencionais de promoção da saúde em Manaus (publicação em 2002 e disponível na internet). A partir de então, a técnica vem sendo utilizada para ajudar crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem e comportamento social, visando ações preventivas para evitar o uso de álcool e outras drogas no futuro. O trabalho é feito voluntariamente com populações em situação de risco e vulneráveis à violência doméstica e social.

Entre os anos de 2006 a 2008, numa ação de apoio à professora Auristela Brasil Brito, atendida voluntariamente na Unidade Básica de Saúde – UBS Dr. José Rayol dos Santos, crianças que vinham sofrendo reprovações consecutivas no segundo ano escolar foram tratadas com a prática de CAMM. Em pouco tempo, a professora observou melhora no comportamento social e na aprendizagem. Nesse trabalho, a técnica também era utilizada para outras finalidades, complementando os tratamentos de saúde, em especial a dependência química.

O objetivo deste trabalho é mostrar como uma técnica simples e barata como CAMM pode ser utilizada para complementar os tratamentos de saúde, minimizando os gastos com



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

medicamentos, exames e outros procedimentos que oneram o Sistema Único de Saúde – SUS e desgastam as famílias.

**DESENVOLVIMENTO:** O projeto “Mãezinha do Céu: ações preventivas e terapêuticas” foi criado em 2012, na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF S-07 de Manaus, após o assassinato de alguns adolescentes do bairro do Céu e de Nossa Senhora Aparecida, devido ao envolvimento com o tráfico de drogas. O projeto de ação terapêutica voluntária e gratuita teve como objetivo inicial apoiar a equipe de saúde, atendendo crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, assim como seus familiares. A proposta era recomendar a prática de CAMM como terapia básica e fácil de ser praticada em casa, por pessoas encaminhadas pela médica, enfermeira ou agentes comunitárias de saúde, ou que compareciam por iniciativa própria, após assistirem palestras ou recebido informações sobre o serviço. Para o cadastro no serviço, a pessoa assina uma declaração de que sabe que o trabalho é voluntário e gratuito e que consente a utilização dos dados da ficha para documentação do trabalho e estudos. Os menores de idade são acompanhados pelos pais ou responsáveis, que são entrevistados para o levantamento do histórico de saúde desde a fase intrauterina e relatam dados de saúde da família. Solicita-se que pais de dependentes químicos também passem pelo mesmo processo.

Dependendo de cada caso, é feita uma exposição sobre os efeitos do estresse, álcool e drogas no desenvolvimento cerebral e depois feita a avaliação das expressões das emoções da pessoa, em especial da face, e o familiar presente é incluído. A terapeuta apresenta as hipóteses acerca das dificuldades emocionais que cada um possa estar vivenciando e entrega um livreto com as orientações para a prática diária de CAMM em casa. Durante o tratamento são realizadas várias avaliações. À medida que os sintomas desagradáveis vão diminuindo, a terapeuta adota outras estratégias terapêuticas se necessário. A troca constante de informações entre a terapeuta e os demais profissionais da equipe de saúde é importante para o acompanhamento e avaliação dos resultados. Quando necessário, outros profissionais e serviços são procurados.

Com a constatação dos resultados positivos com as crianças e adolescentes, outras pessoas passaram a ser encaminhadas pelos profissionais da UBSF como: grávidas e pessoas com ansiedade ou depressão, com traumas de perdas afetivas, desempregados, com diabetes, hipertensão, dependentes químicos (da comunidade ou encaminhados pela Pastoral da



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

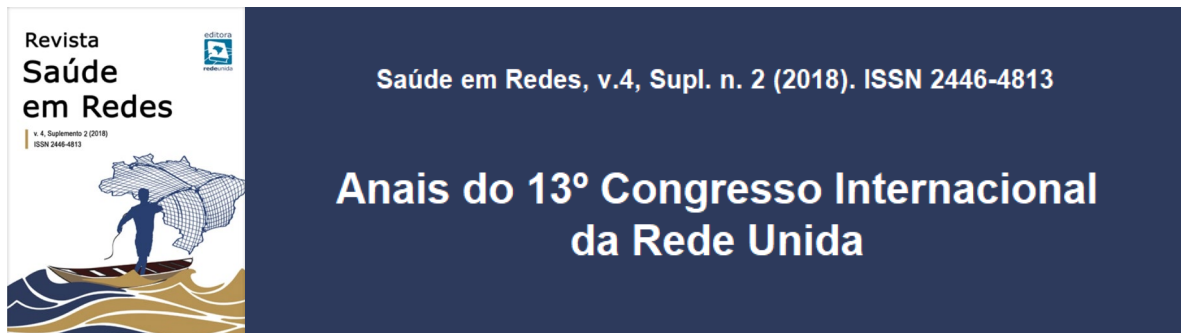
Sobriedade), acamados de acidente vascular cerebral (visita domiciliar) etc. Quando necessário, a médica solicita exames e faz encaminhamentos para outros profissionais de saúde, e acompanha os resultados das consultas terapêuticas. Os dependentes químicos, quando internados, são acompanhados pela terapeuta por meio de cartas.

Para 2018, está planejado projeto de extensão e pesquisa para utilização do uso da técnica CAMM para o alívio do estresse entre estudantes universitários. Esse projeto está vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde – NIPES da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

**RESULTADOS:** A formação dessa rede social de apoio tem possibilitado que muitas famílias do bairro de Nossa Senhora Aparecida, bairro do Céu e outros de Manaus sejam ajudadas com um atendimento diferenciado que possibilita mais tempo para conversas, maior alívio do estresse e mudança de comportamento na família, trabalho e contexto social de um modo geral. A prática de CAMM, realizada com independência e autonomia em casa, promove alívio significativo no sistema nervoso, favorecendo as funções executivas e ajudam no alinhamento do cotidiano das pessoas na respectiva convivência social doméstica, escolar, laboral, etc. A agente comunitária de saúde que acompanha os casos, sempre que possível, insere a pessoa em outras atividades na comunidade, ou dá outras recomendações. A ampliação dessa rede social de apoio vem trazendo resultados na diminuição dos sintomas de pessoas que sofrem de transtornos mentais como: transtorno bipolar, depressão, dependência química, déficit de atenção, hiperatividade, assim como outros decorrentes da sobrecarga de estresse. Os resultados das pessoas com hipertensão têm sido mais evidentes, devido à possibilidade de registro dos dados da pressão arterial. Os sequelados de acidente vascular cerebral têm melhorado os padrões emocionais e a comunicação e dependentes químicos minimizado sintomas de abstinência, assim como a impulsividade para o uso de substâncias.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A criação dessa rede social mais ampla de apoio, com estratégias terapêuticas de baixo custo e complementares com o uso de CAMM, vem diminuindo a necessidade do uso de medicamentos e tem favorecido os tratamentos de saúde de várias famílias atendidas. Ainda não foi possível realizar uma pesquisa controlada para relato dos resultados fazendo a medição das mudanças nas expressões faciais. Contudo, os relatos das pessoas atendidas, da médica, enfermeira, agentes comunitárias de





saúde têm demonstrado a relevância desse apoio na equipe multiprofissional para promoção da saúde. Esse trabalho também vem sendo acompanhado pelo Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, para viabilização da realização de um estudo controlado, que possa dispor de dados científicos que comprovem os resultados com critérios mais precisos.

Palavras-chave: Terapia complementar; expressão das emoções; integração nas ações de saúde



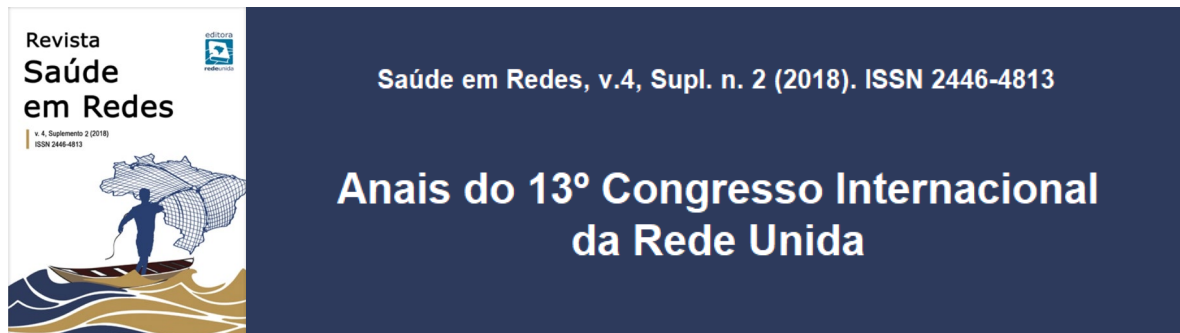
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CONSTRUÇÃO DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: FORTALECIMENTO DA INTERAÇÃO ENSINO SERVIÇO

Ana Carla Ferreira Picalho, Andrea Paradelo Ribeiro, Thais Nayara Soares Pereira, Taciane Dos Santos Valério, Josué Souza Gleriano, Lucieli Dias Pedrechi Chaves

Uma das formas de nortear práticas de uma organização é o uso de manuais que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de saúde. As informações podem estar agrupadas em um único manual ou divididas de acordo com sua finalidade para subsidiar treinamento e supervisão da gestão e dos responsáveis técnicos. Estudos apontam que a prática orientada por instrumentos que norteiam o trabalho, reduz o risco de eventos adversos, favorece uma atualização e revisão dos processos, conduz a uma exigência nacional e internacional de consenso, garante as exigências dos órgãos fiscalizadores e uma proteção institucional de processos jurídicos de pacientes e trabalhistas. Diante da busca pela eficiência e eficácia a universidade deve ter o compromisso de estimular a construção e a troca de conhecimentos, assim como de capacitar os envolvidos de forma permanente e, um dos meios para essa concretização é a extensão universitária, que se configura como um processo educativo e científico. Ao desenvolvê-la obtém-se um conhecimento que viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade e vice-versa. A extensão possibilita a experiência na sociedade, uma práxis de um conhecimento acadêmico que não se basta em si mesmo, esta alicerçado numa troca de saberes entre os saberes populares e pesquisadores acadêmicos que têm por objetivo produzir e aplicar ciência. Muitas vezes há, nessas práticas, confronto e desse espaço pode surgir novos saberes produzidos pelo diálogo entre a comunidade científica e a população, oportunizando ao aluno a obtenção de uma formação crítica e construtiva, além da experiência de construção de saberes. O objetivo deste trabalho é relatar a interação ensino serviço na elaboração do Manual de Procedimentos de Enfermagem. A construção do manual de procedimentos de enfermagem foi articulada com o curso de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso - Campus Tangará da Serra e Hospital Municipal Arlete Daisy Cichetti de Brito do município de Tangará da Serra – MT, no período de 2015 e 2016, e utilizou o espaço físico das salas de aula, laboratórios de informática, biblioteca da universidade e do centro cultural. Os dados



levantados para esse relato são dos relatórios de prestação de contas à Pro Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC/UNEMAT) das fases de formação do grupo de trabalho, cursos de qualificação do corpo discente, docente e de profissionais do serviço provenientes do hospital municipal e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). O produto construído foi uma demanda do serviço de saúde do município e das reflexões das reuniões de campo prático do corpo docente, que observaram a distância do conhecimento teórico apresentado em sala de aula e como se executava as práticas no campo de estágio dos acadêmicos. O primeiro passo estabelecido foi uma reunião com as organizações para elaboração de um cronograma, que aconteceu no mês de dezembro de 2015 e definiu-se a equipe técnica – Staff responsável pelo acompanhamento das fases de construção do manual com interação entre a equipe que conduziu a elaboração. Nos encontros dessas equipes percebeu-se o conhecimento das rotinas das unidades e a construção de um material aplicável à prática. A inclusão dos alunos foi por meio de processo de seleção. A validação interna da necessidade apresentada pelo serviço e percebida pelos docentes da universidade foi testada por ferramentas de identificação, formulação, priorização e análise do problema situacional, que identificou a necessidade do produto e reconheceu que era necessária uma homogeneidade na equipe, por isso, propôs-se a formação do pessoal, por meio de dois cursos. O primeiro abordou os Conceitos para Elaboração de Manuais e Protocolos para os Serviços de Saúde (12h) e possibilitou apresentar aos profissionais de saúde da rede de assistência e acadêmicos do curso de enfermagem e administração, do Campus Tangará da Serra, conceitos necessários para a elaboração de protocolos e manuais em específico para os serviços de saúde. Foi estratégica a aproximação das áreas de atuação dos profissionais no cenário de reflexão na modalidade de grupo técnico e a reflexão da importância desse material para os serviços. Nesse curso houve uma atividade de dispersão que compôs a construção de um fluxo de assistência dos serviços que direcionou a atividade do segundo curso que abordou os Conceitos e a prática da Busca de Materiais Científicos, Consensos das Sociedades Brasileiras e do Ministério da Saúde (12h). Nesse curso foram apresentados os conceitos sobre organização de uma empresa: Organogramas, Fluxogramas, Cronogramas, Departamentalização e Rotinas, aplicados na modalidade de estudo de caso. A apresentação dos principais modelos de pesquisas clínicas: como estruturá-los, com ênfase em testes diagnósticos, ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, análises econômicas, avaliações tecnológicas e os caminhos para uma prática sistematizada de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

avaliação crítica da literatura das melhores revistas e teses, incluindo estudos sobre tratamento, diagnóstico, prognóstico e análise econômica, sistematizando a importância de uma boa busca para a elaboração de um manual. Por último foi apresentado, as normas da ABNT para a confecção de documentos. A população desses dois cursos totalizou 25 participantes. Após a formação da equipe (docentes, discentes, instituições solicitantes, responsáveis técnicos e profissionais) detalhou-se o plano de trabalho desenvolvido por meio do cronograma do projeto, atividades a serem realizadas, prazos previstos e cumprimento de cada passo. A equipe reunia-se quinzenalmente com as câmaras técnicas e mensalmente com o grupo técnico staff. A definição da metodologia para elaboração do Manual de Procedimentos de Enfermagem foi por construção coletiva com os profissionais que atuam em cada fluxo de trabalho no intuito de minimizar as resistências para a implementação, bem como estratégia de aprendizado, tanto do processo organizacional em si para permitir possíveis atualizações do manual. A padronização dos processos e procedimentos em todas as unidades foi eixo primordial para que os procedimentos fossem redesenhados. A estrutura do manual seguiu como base as normas da ISO 9000 e ABNT. Foram detalhados 77 procedimentos de enfermagem, que seguiu após conclusão do produto consulta pública aos profissionais do hospital e revisão técnica pela professora da disciplina de semiologia/semiotécnica do curso de enfermagem. Percebe-se que a proposta resultou em frutos para as organizações que se envolveram nessa cooperação. A interação entre os autores, mesclando docentes, discentes e profissionais de saúde proporcionou novas experiências e troca contínua de conhecimento, formando um espaço de educação permanente. Os desafios para a operacionalidade prática desse produto são grandes, pois requer mudanças comportamentais e culturais, porém isso está sendo analisado em uma pesquisa que acompanha o processo de implantação. Em suma, o produto elaborado é guia para a disciplina de semiologia/semiotécnica o que articula cada vez mais a implantação do manual no serviço, visto que os alunos fazem suas práticas nesse hospital.

Palavras-chave: Manual; Interação; Serviços de Saúde.



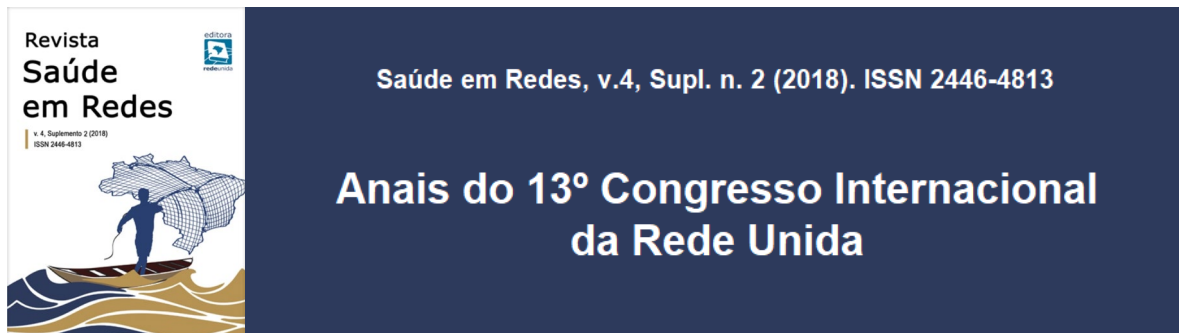
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE INTERNADO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA EM PÓS-OPERATÓRIO DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA POR LITÍASE BILIAR E SEPSE

Tais Pereira Da Costa, Juliette Nobre dos Santos Silva, Lethissa Mendes Carvalho, Esleane Vilela Vasconcelos

**APRESENTAÇÃO:** O trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo e, por vezes, exigente. A enfermagem atua como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada à saúde, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. Na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades. A litíase vesicular é das doenças mais comuns e de tratamento mais dispendioso do aparelho digestivo. Os cálculos biliares humanos são classificados química e morfológicamente em duas categorias: cálculos de colesterol (amarelo-esbranquiçados) puros ou mistos e cálculos pigmentares (pretos e marrons). Os defeitos metabólicos e da secreção de lipídios biliares, a disfunção da vesícula biliar e a precipitação de colesterol e sais de cálcio são fatores envolvidos na formação dos cálculos biliares. Os cálculos biliares podem ocasionar a obstrução dos ductos biliares, impedindo a passagem do fluxo da bile. Os dutos biliares conduzem a bile a partir do fígado e da vesícula biliar através do pâncreas até o intestino delgado (o duodeno). A cirurgia de derivação biliodigestiva é realizada em situações que necessitem desviar o fluxo de bile do fígado diretamente para o intestino sem passar pelo canal principal biliar (colédoco), geralmente decorrentes de obstruções ou por lesões inadvertidas da via biliar como durante colecistectomia. A cirurgia consiste em criar uma anastomose entre os canais biliares dentro do fígado e o intestino (geralmente o jejuno). A sepse é uma causa importante de hospitalização e a principal causa de morte em unidades de terapia intensiva (UTI). Trata-se



de um conjunto de reações inflamatórias, neurais, hormonais e metabólicas, conhecidas como Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) resultante de uma complexa interação entre o microorganismo infectante e a resposta imune, pró-inflamatória e pró-coagulante do hospedeiro. A SIRS é definida pela presença de pelo menos duas das seguintes evidências clínicas: temperatura acima de 38°C ou abaixo de 36°C, taquicardia com frequência cardíaca acima de 90 batimentos por minuto, taquipnéia com frequência respiratória acima de 20 movimentos respiratórios por minuto ou hiperventilação com PaCO<sub>2</sub> abaixo de 32 mmHg, leucitose acima de 12.000/mm<sup>3</sup>, leucopenia abaixo de 4.000/mm<sup>3</sup> ou mais de 10% de formas jovens de neutrófilos (bastões). A concomitância de dois critérios de SIRS com um foco infeccioso presumido ou evidente confirma o diagnóstico de sepse. A associação de sepse com disfunção orgânica e distúrbio na perfusão tecidual caracteriza a sepse grave. Desta forma, objetiva-se relatar a experiência da aplicação da SAE ao paciente internado no centro de terapia intensiva em pós-operatório de derivação biliodigestiva por litíase biliar e sepse.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, requisito avaliativo da atividade curricular Enfermagem em centro de terapia intensiva da universidade Federal do Pará. O local do estudo foi um hospital, referência no tratamento de doenças infectocontagiosas e parasitárias, em Belém do Pará, realizada nos dias 10 a 31 de janeiro de 2017. Para desenvolver o relato de experiência, aplicou-se o processo de enfermagem. Os dados coletados foram analisados e posteriormente foram identificados os diagnósticos de enfermagem e implementada as intervenções necessárias e verificado os resultados esperados, utilizando-se a taxonomia da NANDA, NIC e NOC. O paciente foi selecionado de forma aleatória para o estudo. Inicialmente, foram coletadas as informações sobre o seu estado atual Posteriormente consultamos o prontuário, para identificar o histórico do paciente, condições de chegada, motivo da internação, tratamento realizado e evolução do quadro clínico.

**RESULTADOS:** Na primeira avaliação observou-se que o paciente encontrava-se consciente, sonolento, atendendo aos comandos verbais com períodos de desorientação, Glasgow 14, respirando espontaneamente por auxílio de cateter nasal monitorizado em múltiplos parâmetros. Evoluiu com descência de ferida operatória mais evisceração, sendo o mesmo reoperado. Nas avaliações posteriores, encontrava-se sedado em Ramsay 6, intubado em ventilação mecânica assistido controlada por pressão, em anasarca. Entre os problemas, foram identificadas: Ferida Operatória, Dreno tubolaminar e Cateter Venoso Central; Edema



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

generalizado; Sonda nasogástrica; Dispneia. A partir dos problemas encontrados foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de aspiração relacionada à presença de tubo orotraqueal e sonda nasogástrica; Integridade da pele prejudicada, relacionado a fatores mecânicos e caracterizado por rompimento da superfície da pele; Risco para infecção, relacionado a procedimentos invasivos; Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, relacionada à capacidade prejudicada de ingerir os alimentos, caracterizada pela Incapacidade percebida de ingerir comida; Volume de líquidos excessivo relacionado à mecanismos reguladores comprometidos, caracterizado por anasarca; Ventilação espontânea Prejudicada, relacionado à fadiga muscular respiratória e fatores metabólicos, caracterizado por dispnéia e uso aumentado da musculatura acessória. A partir das intervenções espera-se alcançar os seguintes resultados: paciente não apresentará aspiração; Cicatrização de feridas por primeira intenção; o paciente não desenvolva outras infecções; Controle nutricional; Equilíbrio dos eletrólitos e não eletrólitos dos compartimentos intracelular e extracelular do organismo; haja troca alveolar de  $CO_2$  e  $O_2$  para manter as concentrações gasosas arterial, trocas alveolares e perfusão tissular obtidas através de ventilação mecânica. As intervenções implementadas para os diagnósticos elaborados foram: realizar aspiração diariamente e/ou sempre que necessário, monitorar a condição de oxigenação do paciente ( $SpO_2$ , FC) imediatamente antes, durante e após a aspiração, realizar e monitorar a insuflação do balonete, verificar o posicionamento da sonda; realizar curativos 1x/ dia ou quando necessário, monitorar e cuidar das lesões, monitorar e cuidar do local da incisão, supervisionar a pele; lavar as mãos antes e depois do contato com o cliente, monitorar a temperatura a cada 4h, monitorar o local da ferida a cada 24h, documentar achados anormais, realizar curativo protetor para contaminação, oferecer ingesta proteica e calórica adequada para a cicatrização; Supervisionar e controlar administração da NPP em bomba de infusão, monitorar os sinais vitais; Realizar balanço hídrico a cada 2h, monitorar e registrar eliminação urinária; Aspirar TOT e vias aéreas, fixar vias aéreas artificiais e trocar nastro, monitorar sinais vitais, supervisionar ventilação mecânica e Realizar ausculta pulmonar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desenvolvimento deste estudo a partir do relato de experiência possibilitou o aprofundamento do conhecimento a cerca da Sistematização de Enfermagem a um paciente crítico com derivação biliodigestiva por litíase biliar e sepse, bem como do Processo de Enfermagem como uma ferramenta de importante utilização para aplicação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, ao qual compreende o ser humano em sua



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

totalidade. O Enfermeiro na unidade de terapia intensiva deve desenvolver além do cuidado humanizado um olhar atento às mínimas alterações e desvios fisiológicos do paciente, para que sejam corrigidas e implementadas as devidas ações e cuidados, e para isto este profissional deve ser capacitado. O paciente crítico requer uma demanda de cuidados altamente específicos e qualificados, sendo a Enfermagem juntamente com toda a equipe o ponto crítico para um bom prognóstico do mesmo.

Palavras-chave: Enfermagem; Colectomia; Sepsis





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

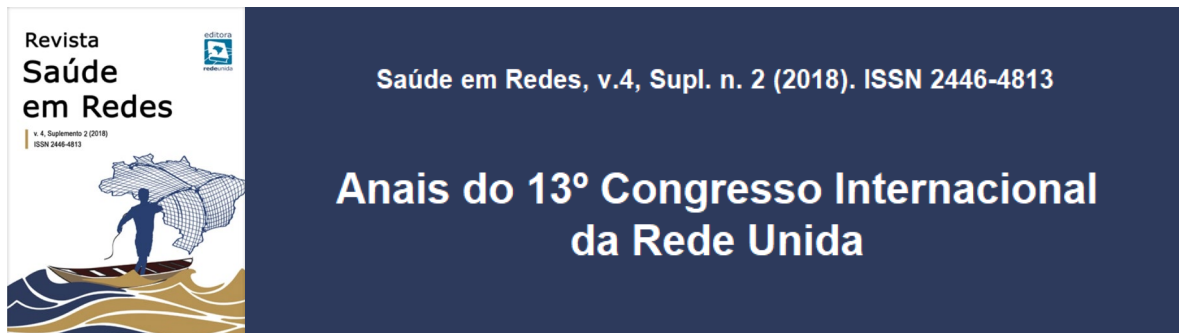
## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O APOIO INSTITUCIONAL PARA ALÉM DO ARRANJO ORGANIZACIONAL: UM DISPOSITIVO DE CONSTRUÇÃO DE COLETIVOS E DE ENFRENTAMENTOS MICROPOLÍTICOS PARA SUSTENTABILIDADE DO SUS.

Ana Carolina Rios Simoni, Claudia Talleberg, Elissandra Siqueira Silva, Károl Veiga Cabral, Paula Emília Adamy, Simone Alves Almeida

Compartilhamos neste trabalho construções ético-políticas produzidas a partir de experiências na gestão estadual da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do RS, entre 2011 e 2014, tendo o apoio institucional e a educação permanente em saúde como ferramentas metodológicas de aproximação e invenção junto aos municípios, seus territórios e atores, para construção de redes de atenção à saúde capazes de acolher existências singulares. O apoio institucional para a construção de linhas de cuidado nas regiões de saúde abriu possibilidades para superar a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual e a reprodução alienada de práticas, apostando na força dos espaços de formação do agir em saúde no cotidiano, para ampliar a potência e diversificar as ferramentas de análise e intervenção das equipes nas suas realidades. Desta forma, foi concebido não apenas como um arranjo organizacional, mas sobretudo como um operador de mudanças nos processos de trabalho, pautando-se pela indissociabilidade entre as formas de cuidar, as formas de fazer gestão e a política, trazendo à tona o próprio caráter do SUS em sua dimensão híbrida entre a produção da saúde, a cidadania, a inclusão social e a garantia de direitos, tomando a defesa da vida como valor inestimável enquanto projeto societário e civilizatório, contra o sistema de capitalização e gerenciamento de corpos disciplinados e saudáveis – daí sua radicalidade política.

O apoio institucional como dispositivo acompanhou o processo implementação de um projeto estratégico de governo, nomeado Linha de Cuidado em Saúde Mental – o cuidado que eu preciso, que tinha como um dos objetivos destinar financiamento estadual complementar e de caráter indutivo para a ampliação e diversificação dos serviços territoriais de atenção psicossocial, especialmente com foco na ampliação do acesso e da qualidade do cuidado em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas na Atenção Básica. Era preciso fomentar processos de trabalho em rede, desconstituindo fluxos enrijecidos, pelos quais os usuários migram de internações em hospitais para longas permanências institucionais em comunidades



terapêuticas ou asilos de idosos (instituições de longa permanência para idosos - ILPI), onde são tratados como cérebros e personalidades disfuncionais, que portam o estigma da periculosidade. Tratava-se de desconstruir as velhas novas formas de tratamento moral, que ganhava as tintas do século XXI, como no emblemático discurso da “epidemia do Crack” – argumento que faltava para justificar a face contemporânea da grande internação.

“SUS pelo Cuidado em Liberdade” foi o norteador ético que orientou as ações empreendidas no bojo deste projeto, em contraposição às iniciativas de recolhimento compulsório, internação de longa permanência, cujo objetivo não é outro senão tirar a dor dos outros da nossa vista. Tendo em conta os limites da regionalização, estabelecemos referências de apoiadores institucionais por macrorregião com agenda periódica de visita e construção com os colegas gestores regionais, secretários municipais e trabalhadores das redes, tendo o apoio institucional como ferramenta para desencadear e sustentar processos de criação ou reestruturação de serviços de saúde mental na direção da singularização das terapêuticas, agenciamento de laços comunitários e interface da saúde com a cultura. Nas circulações que fizemos pelo estado, nas agendas de apoio, conhecemos diversos serviços de Atenção Psicossocial e pudemos escutar muito das lógicas que neles operam.

Testemunhamos a presença forte dos estigmas associados ao “doente mental” – o da incapacidade, mas, principalmente, o da periculosidade, que segue operando com força nas relações da sociedade com a loucura. Ousar apostar nas potencialidades daqueles considerados desviantes, incapazes ou perigosos era um ato de coragem em diversos cenários. Reféns de seus preconceitos e valendo-se do senso comum ou de discursos que se dizem científicos, muitos gestores e trabalhadores não conseguiam enxergar para além da imagem de seus próprios parâmetros, de forma que o apoio institucional aparecia como oferta de um espaço-tempo para desconstrução destes escudos que operam em cada um de nós, assim como de invenção de outras formas de trabalhar em equipe e de cuidar. Neste sentido, colocava-se com força nestes lugares do apoiar a aposta de que os profissionais de saúde podem constituir percursos singulares de formação e modos inventivos de trabalhar, mas precisam de companhia, suporte nesta empreitada de problematizar o que há de institucional e institucionalizador nas práticas, inclusive na gestão, para acolher a diferença e construir pertencimento na produção micropolítica, tecendo uma sustentabilidade coletiva.

Recolhemos, nestes percursos, múltiplas vivências e construções que seguem reverberando em nós dentre as quais se destacam três experiências paradigmáticas que se iniciaram como



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

agenda de gestão circunscrita a um período de governo, mas que resistem e persistem em seu próprio curso num para além de uma pauta governamental. Tomamos como analisadores estas três experiências do campo sanitário, político e social que, com muitas dificuldades e atravessamentos, continuam persistindo por força de um coletivo heterogêneo – agora capilarizado em diferentes espaços de gestão, formação, atenção e controle social, unido por enlaces de afeto e compromisso ético-político – que segue perpetrando a defesa da vida e do SUS. São elas: as ações de construção de rede de cuidados psicossociais frente ao evento do incêndio da boate Kiss; o processo de desinstitucionalização em ILPI; e a implementação da Política Estadual de Redução de Danos. Nestes contextos, a função do apoio institucional foi tomada em sua conformação rizomática, acêntrica e não hierarquizada, muito embora contenha os arranjos hierarquizados e de enrijecimento das práticas, mas vazando-os, onde a micropolítica dos encontros com e entre os trabalhadores pode produzir, para além da gestão, processos de autonomização na produção do cuidado.

O apoio institucional como ferramenta para a gestão estadual da saúde mental foi, sobretudo, nestas três experiências, um dispositivo de produção de novas relações entre os atores sociais envolvidos nos processos de construção da reforma psiquiátrica no Estado, de mudança de modelo de gestão e atenção, rompendo com lógicas hierarquizadas, centralizadas e especializadas, seja no contorno das ações de desinstitucionalização, seja nos cenários de intensa dor e perplexidade deixado pela tragédia da Boate Kiss em Santa Maria, seja na construção delicada e cotidiana da redução de danos como estratégia e diretriz para o cuidado no campo do uso problemático de drogas. Trazendo para a gestão, os princípios do cuidado no SUS, tais como vínculo, acolhimento, responsabilização compartilhada, fomentamos a produção de uma rede viva de cuidados, que para além de um governo ou de outro, ainda pulsa e produz suas ressonâncias. Aprendemos juntos – e com aqueles com quem nos encontramos e compartilhamos o trabalho de desinstitucionalização, de atenção psicossocial em situação de desastres e de fortalecimento da redução de danos – novas formas de se relacionar e de produzir saúde, vivendo então, o desafio da luta antimanicomial e da construção do SUS nas práticas cotidianas do fazer na gestão em saúde mental. Palavras-chave: Apoio Institucional; Saúde Mental; Dispositivo



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL DOS IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO INTERIOR DO AMAZONAS.

Indira Silva dos Santos, Tamiris Moraes Siqueira, Noeli das Neves Toledo

### Apresentação:

O envelhecimento da população é um fenômeno que ocorre no mundo. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, passando para 579 milhões no ano 1998, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano.

Caracterizado como um processo dinâmico e progressivo, onde existem modificações, que levam à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio, o envelhecimento da população mundial desperta preocupação nas áreas da saúde, mercado de trabalho, educação, e principalmente na previdência.

No Brasil, o envelhecimento da população começou a chamar atenção das autoridades, a partir da década de 90, quando surgiu a Política Nacional do Idoso (PNI), e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF), devido ao grande aumento demográfico.

No Amazonas, os idosos são em torno de 255 mil, representando 7,1% da população do estado, havendo em média um idoso para cada cinco pessoas com menos de 15 anos. O índice de envelhecimento em 2001 era de 13,2%, já em 2011 este índice estava em 21,8%. Contudo, pouco se sabe em relação ao perfil dos idosos que vivem no interior do Amazonas, pois há uma escassez severa de estudos com esta população.

Desta forma, este trabalho trata-se de um projeto de Iniciação Científica, realizado com 136 idosos do interior do Amazonas, cujo objetivo é verificar a prevalência e o perfil dos idosos com doenças crônicas no Município de Manacapuru/AM.

Desenvolvimento do trabalho: Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no ano de 2015, que faz parte de uma pesquisa de maior amplitude, cujo objetivo geral foi analisar o papel do enfermeiro no cuidado a pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde do Município de Manacapuru-AM. A amostra do estudo foi composta por 136 idosos, de ambos os sexos, com idade acima de 60 anos. O convite e a entrevista ocorreram na recepção da unidade e nos domicílios que a unidade abrange, sendo incluídos no estudo somente os idosos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Utilizamos a técnica da entrevista, sendo aplicado um instrumento composto por questões fechadas, cujo objetivo foi identificar: sexo, idade, estado civil, condições socioeconômicas,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

bem como a situação de saúde, dependência/autonomia e atividade instrumental diária dos idosos. As entrevistas tiveram duração com cerca de 20 minutos. Os dados foram tabulados em planilha Excel, sendo analisados: médias, desvio-padrão e percentuais de distribuição, as quais são apresentadas em tabelas ou gráficos. Conforme as recomendações éticas e legais contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) com o CAAE nº 45582015.5.0000.5020.

Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados no estudo:

Da população entrevistada, 74 foram mulheres e 62 foram homens. A maior média de idade foi a dos homens com  $71,6 \pm 8,3$ , quanto às mulheres a média foi de  $69,1 \pm 8,3$ . O maior percentual de homens informou ser casado (62,9%), enquanto que a maior parte das mulheres informou serem viúvas (44,5%). O maior percentual de homens referiu ser católicos e maioria das mulheres referiu ser evangélicas. Quanto ao número de filhos a média dos homens foi maior com  $7,3 \pm 3,5$ . A média de tempo que as mulheres frequentaram a escola foi maior  $2,7 \pm 3,1$ . O maior percentual dos idosos, de ambos os sexos, informaram ser aposentados, com renda até um salário mínimo, morar com cônjuge, filhos e netos e em casa própria.

Apesar de um equilíbrio entre os sexos em relação à média de idade encontrada em nosso estudo, a viuvez referida em 44,5% das mulheres entrevistadas, vai de encontro à pesquisas que apresentam a variável sexo entre os idosos o favorecimento às mulheres, uma vez que 56,1% da população com 60 anos ou mais equivale ao sexo feminino, contra 43,9% do sexo masculino. Esse fenômeno em que a presença de mulheres na população idosa é superior à dos homens é denominado feminização da velhice. A longevidade das mulheres deve-se ao maior cuidado destas em relação à saúde, sendo que este fenômeno se intensifica nas regiões metropolitanas devido à maior disponibilidade de serviços de saúde.

O envelhecimento, infelizmente, aumenta a prevalência de diversas afecções, principalmente as de caráter crônico. Neste cenário, devemos dar atenção especial aos fatores de risco, sintomatologia e prevenção das doenças mais comuns na terceira idade. As afecções cardiocirculatórias apresentam-se com a maior prevalência. Entre elas a hipertensão arterial, os infartos, anginas, insuficiência cardíaca e AVC's. Ademais, somam-se as doenças



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

degenerativas como a osteoporose e osteoartrose; doenças pulmonares como pneumonias, enfizema, bronquites e as gripes são destacadas principalmente nos meses de inverno; ainda os diversos tipos de câncer, diabetes e infecções.

Ao analisarmos resultados, constatou-se que mais da metade das idosas (60%) relataram ter hipertensão, seguidos pelo reumatismo (40%) e insônia (35%). Entre os idosos, essas doenças também foram as mais relatadas, porém com percentuais semelhantes entre si, com 60%, 58% e 50% respectivamente.

Estudos apontam que a morbidade auto-referida pela população idosa encontra-se compatível com as altas taxas de mortalidade por doenças crônicas encontradas em países em desenvolvimento, tais como a Hipertensão Arterial Sistêmica, fato também observado em nosso estudo.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

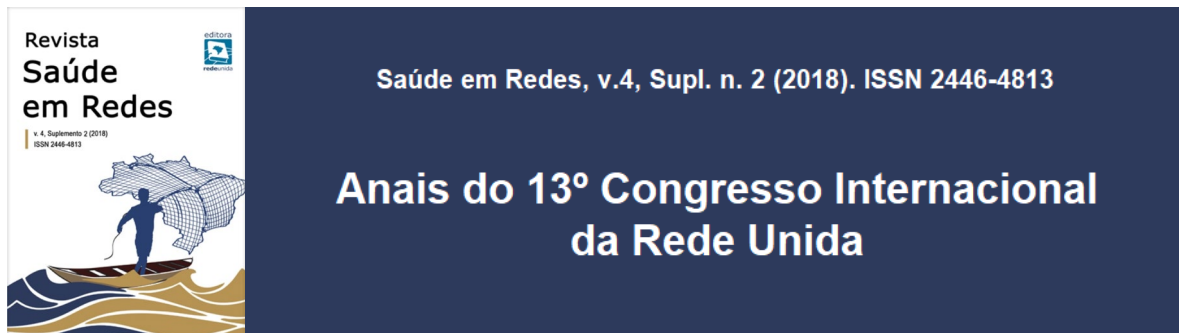
Por meio dos resultados desta pesquisa destacamos a maior referência a doenças entre mulheres idosas, quando comparado aos homens. Por outro lado, o maior percentual entre os idosos é o de hipertensão Arterial Sistêmica, que vai de encontro a pesquisas que mostram diferenças nas atitudes entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento de doenças.

A Estratégia Saúde da Família constitui-se em um espaço de grande privilégio para a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita uma atuação profissional contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar

Desta forma, este estudo nos permitiu evidenciar as características clínicas e sociodemográficas dos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Manacapuru, fornecendo um diagnóstico situacional destes idosos que podem ser replicados a outros cenários, com a finalidade de contribuir com os profissionais da saúde no sentido da possibilidade de implementações de ações fundamentadas no contexto real da população.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Doenças Crônicas; Enfermagem.

COM A VOZ, OS USUÁRIOS: DISCURSOS SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM CAPS DO ESTADO DO PARÁ



Márcia Roberta de Oliveira Cardoso, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

**Apresentação:** Este resumo diz respeito aos principais resultados de uma pesquisa de dissertação de mestrado onde foram analisados como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - Caps do Estado do Pará, procurando conhecer seus itinerários terapêuticos. Nesse sentido, procurou-se escutar a voz dos usuários, uma vez que todo o debate em relação à política e às práticas de cuidado em saúde mental deve levar em consideração o protagonismo do usuário como centro de suas ações, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

**Desenvolvimento:** A metodologia utilizada foi de abordagem qualitativa, de cunho discursivo e etnográfico. Participaram do estudo 14 usuários cadastrados no Caps. As entrevistas foram analisadas de acordo com os eixos: Processo Saúde e Doença; Itinerário Terapêutico; Práticas de Cuidado em Saúde Mental; e Usuário e Autonomia. Nos discursos, o Caps foi o local em que os usuários se sentiram mais bem cuidados.

**Resultados:** No que se refere ao Eixo Processo Saúde e Doença, foi possível observar que o sentido dado ao adoecimento explicitado por meio do relato das histórias de vida dos usuários acaba por localizar a doença no corpo físico, no órgão. O intenso sofrimento psíquico produz sintomas orgânicos e psíquicos, que acabam desencadeando 'crises'. Foi a partir destas que os usuários estabeleceram o primeiro contato com a rede de serviços em saúde mental, principalmente por meio da internação hospitalar, na qual, de certa forma, o cuidado se reduz às práticas de contenção, centrada na administração de medicamentos. A partir desse 'batizado' no mundo da internação hospitalar, os usuários, em sua maioria, foram encaminhados para outros serviços da rede de atenção à saúde mental, e em especial, para o Caps. No eixo Itinerário Terapêutico foi abordada a questão dos caminhos percorridos e os diversos recursos escolhidos pelos usuários na busca por cuidados, considerando o processo de adoecimento. Nesse caso, os usuários puderam descrever os caminhos pelos quais passaram até chegarem a ser atendidos no Caps, fosse através da rede de serviços de saúde (pública e privada), fosse através de outros recursos que porventura tenham escolhido para amenizar os sofrimentos ocasionados pelo adoecimento, como ajuda espiritual e religiosa, por exemplo. Os usuários, enquanto narravam as suas trajetórias pela busca de cuidado e solução para seus problemas de saúde, descreveram as facilidades e as dificuldades que enfrentaram ao longo do caminho. Relataram, inclusive, como se sentiram e como reagiram diante dos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desafios encontrados. Para alguns, o caminho foi mais longo e penoso do que para outros, que obtiveram a resolução para seus problemas de forma mais rápida e efetiva. Alguns usuários recorreram aos serviços particulares de saúde, especialmente às consultas com médico psiquiatra, em um primeiro momento, e depois procuraram os serviços de saúde da rede pública. O contato com a rede pública de saúde se deu, na maioria dos casos, a partir do contato com a internação em hospital com referência em saúde mental que dispunha de emergência psiquiátrica, especialmente nos momentos de crise. No eixo Práticas de Cuidado em Saúde Mental foram discutidos os sentidos dados pelos usuários às práticas de cuidado vivenciadas durante suas trajetórias pela rede de atenção à saúde, considerando os itinerários terapêuticos percorridos.

Os usuários levaram em consideração, para avaliar o tipo de acolhimento, aspectos referentes à forma de atendimento dos profissionais, o acesso aos serviços de saúde, a resolutividade para seu problema de saúde, o tipo de tratamento recebido, o tempo de espera para ser atendido e as condições de estrutura física da unidade de saúde, entre outros aspectos.

A maioria dos usuários explicitou que o local em que foram mais bem acolhidos foi o próprio Caps. Destacaram que se sentiram bem acolhidos, principalmente devido ao bom atendimento por parte da maioria dos profissionais, bem como pela disponibilidade de alguns medicamentos necessários ao tratamento, além de pela comodidade de receberem alimentação no próprio Caps nos dias em que frequentaram o referido serviço. A principal queixa dos usuários em relação ao hospital de referência em saúde mental diz respeito ao fato de que o ambiente de urgência e emergência do próprio hospital causou-lhes mal-estar, pois tiveram que conviver com as agressões de outros pacientes internados, bem como passaram pela experiência de serem contidos e amarrados. Quanto ao diagnóstico e ao tratamento recebidos no Caps, os usuários explicitaram os diversos tipos de classificações nosológicas que receberam, assumindo a identidade, a etiqueta, o rótulo de suas respectivas doenças.

Em relação aos procedimentos, todos os usuários enfatizaram a questão do tratamento medicamentoso como um dos principais recursos utilizados na terapêutica, citando os demais recursos como atividades secundárias, porém necessárias à evolução do seu estado de saúde. No âmbito do Caps, é oferecido aos usuários um leque de atividades que, de acordo com as necessidades individuais, os mesmos participam de forma contínua e rotineira das





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atividades indicadas nos respectivos projetos terapêuticos. Em relação aos profissionais de saúde da equipe do Caps, os usuários realizaram uma avaliação positiva, entretanto criticam a atuação do profissional médico. No eixo Usuário e Autonomia, foram tratadas questões acerca de como a avaliação dos usuários impacta no processo de organização das práticas, no cotidiano dos serviços do Caps. Pelo menos metade dos usuários entrevistados apontou que, para melhorar os serviços no Caps, seria necessário aumentar o número de profissionais da equipe, principalmente o número de profissionais médicos, considerando que há uma carência destes profissionais em relação à demanda. Foi ressaltada também a necessidade de se ter maior disponibilidade de medicação no Caps, uma vez que não há a dispensação de todos os remédios receitados pelos médicos, o que faz com que muitos sejam comprados por conta própria. Quando os usuários indicam sugestões para melhorar os serviços no âmbito do Caps, quando explicitam as alternativas que procuram para lidar com os desafios da vida, quando participam efetivamente de espaços democráticos de cogestão, é possível escutar as suas 'vozes' ressoando nas salas, nas oficinas, nas consultas, nas conversas com os profissionais e até no desencadeamento das 'crises', ocupando todos os espaços no interior do Caps. O usuário fala até quando está em silêncio, até quando não se manifesta na Assembleia Geral, até quando deixa de frequentar as reuniões do Conselho Gestor. É necessário ter muita sensibilidade para compreender o que os sussurros, os gritos, os silêncios e as ausências têm para nos dizer. Considerações finais: Todos os atores envolvidos no processo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, como gestores, trabalhadores, familiares e os próprios usuários, criam condições, estratégias e espaços de participação, possibilitando a discussão e a problematização de todas as questões que envolvem o contexto e o cotidiano implicados no cuidado. Neste sentido, é necessário repensarmos e refletirmos a respeito das práticas de cuidado produzidas no âmbito dos serviços, no sentido de identificarmos qual modelo de atenção predomina nesse processo. Apesar de ainda persistirem grandes desafios no sentido de romper de vez com o modelo manicomial/asilar, muitas estratégias estão sendo construídas no cotidiano das práticas de cuidado, produzindo e inventando novos modos de cuidar, novas formas de fazer acontecer, baseadas em relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar de acolhimento para o sofrimento.

Palavras-chave: Política de saúde; Saúde mental; Serviços de saúde mental.

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



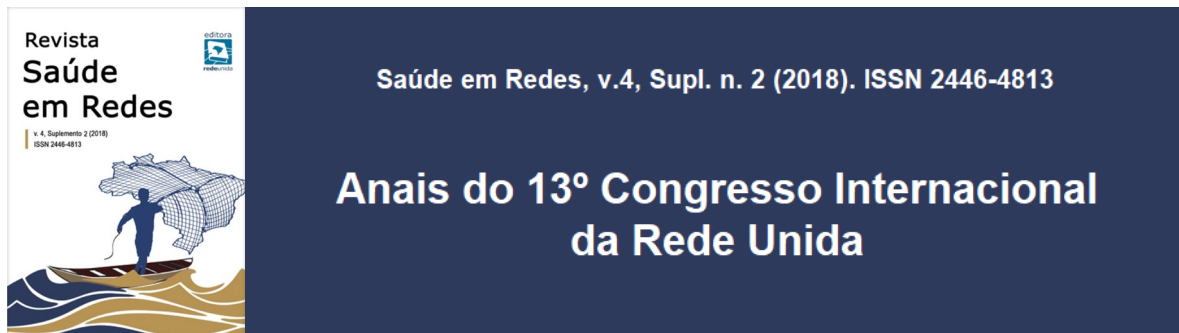
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### EXPERIÊNCIAS HOSPITALARES COM PORTADORES DE TUBERCULOSE ASSOCIADO AO HIV/AIDS: UM RELATO ACADÊMICO

Eliene do Socorro da Silva Santos, Ana Kedma Correa Pinheiro, Ana Paula Rezendes de Oliveira, Brunna Susej Guimarães Gomes, Gabriela Evelyn Rocha da Silva, Widson Davi Vaz de Matos, Daniele Rodrigues Silva, Larissa Almeida dos Santos

**INTRODUÇÃO:** A Tuberculose (TB) em indivíduos vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é a maior causa infecciosa de morte relacionada à Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS). Os indivíduos portadores de HIV representam mais de 10% dos casos anuais de TB, apresentando até 37 vezes mais chances de desenvolver a doença do que aqueles que são soronegativos. As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a cada ano morrem cerca de 1,5 milhões de pessoas por TB e aproximadamente 23.000 pessoas já morreram em decorrência da coinfeção TB-HIV/AIDS. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que de 2012 a 2016, dos casos notificados, foram confirmados 38.046 novos casos de tuberculose em pacientes com AIDS no país. Na região norte, no mesmo período, foram 3.519, e no Pará, 1.226 casos confirmados. As evidências sugerem a necessidade de estudos que demonstrem a importância da associação entre estes dois agravos, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. Nesse contexto, o profissional de enfermagem tem papel de protagonista no processo de cuidado destes pacientes, estreitando as relações, construindo vínculos, promovendo conforto e bem estar, tornando a terapêutica menos agressiva e facilitando, com isso, a adesão ao tratamento, prevenção de abandonos e complicações. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever as experiências e atividades vivenciadas por acadêmicas de Enfermagem durante o cuidado de pacientes com HIV/AIDS coinfectados com TB, no decorrer de suas aulas práticas em uma clínica de doenças infecciosas e parasitárias. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados por acadêmicas de Enfermagem do quarto ano da Universidade do Estado do Pará, durante as aulas práticas do componente curricular Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias, em uma clínica de infectologia de um hospital universitário público de alta e média complexidade, que é referência regional nas principais doenças infecciosas e parasitárias e, no âmbito nacional, em HIV/AIDS.



Atualmente, a clínica funciona com 44 leitos de internação, sendo que 24 são destinados aos pacientes acometidos por HIV/AIDS, nos quais 8 são femininos e 16 masculinos. Os usuários desse serviço recebem assistência de uma equipe multiprofissional composta por Infectologista, Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Enfermeiro e Técnico em Enfermagem. RESULTADOS E IMPACTOS: Durante a vivência foram observados 18 pacientes acometidos por HIV/AIDS, com predominância em adultos jovens, sendo que não foram identificados indivíduos que possuíssem idade  $\geq$  a 60 anos, mesmo havendo uma tendência epidemiológica de aumento da prevalência e da incidência do número de idosos com HIV em nosso país. Do total de pacientes citados, quase a metade apresentavam a coinfeção TB-HIV/AIDS, tendo o público masculino uma maior representatividade. Dados disponibilizados no DATASUS, entre 2012 e 2016, indicam que o perfil etário mais atingido pela coinfeção compreende a idade de 20 a 59 anos, o que corrobora com os resultados da observação. Quanto ao sexo, a mesma fonte aponta que a maioria dos casos confirmados é representada por homens, pois, enquanto as mulheres apresentaram prevalência de 378 casos, o sexo masculino se sobrepôs com 842 casos no mesmo período. Abreu, Pereira, Silva, Moura e Câmara relatam que mesmo havendo uma maior representação de HIV/AIDS entre o grupo masculino, pode-se perceber que a diferença de número de casos confirmados entre homens e mulheres vem reduzindo ao longo dos anos, atribuindo esse resultado ao aumento do número de infectadas entre heterossexuais casadas que possuem parceiro único, devido a estabilidade da relação conjugal. Em relação a assistência da equipe de enfermagem, identificou-se a aplicação diária da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e das escalas de Braden e Fugulin, que são ferramentas que facilitam a comunicação entre a equipe de saúde, entretanto, não era realizado de forma correta o tratamento de feridas complexas, devido ao déficit de recursos materiais fornecidos pela instituição. Brasileiro, Pinto e Silva afirmam que o planejamento e controle dos recursos humanos e materiais adequados auxiliam em uma assistência segura e de qualidade. No que se refere a estrutura física da clínica, as enfermarias eram divididas em femininas e masculinas e subdivididas entre pacientes com HIV e diagnosticados com outras doenças infecciosas. Notou-se a presença de janelas e portas que facilitavam a circulação de ar, além da iluminação solar, fatores importantes para a prevenção da propagação de infecções, por se tratarem de medidas de controle ambiental que possuem a capacidade de diminuir a concentração e provocar a remoção de partículas infectantes no ambiente. O posto de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Enfermagem encontrava-se centralizado, entretanto, os corredores da clínica eram estreitos e dificultavam a circulação de materiais e pessoas, bem como o transporte de pacientes. Além disso, o número de leitos por enfermarias desrespeitava o espaço mínimo preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 de 2002, que estabelece a distância de 1 metro entre os leitos. Outra questão a se ressaltar foi a permanência de pacientes críticos na clínica, sem estruturação física adequada, que necessitavam de transferência para Unidade Terapia Intensiva. Para Lima, Lopes e Gonçalves o hospital trabalha diretamente com o ser humano e precisa explorar todos os aspectos necessários na busca por conforto e facilidades que melhorem o dia a dia do cliente e a rotina da equipe, sendo assim, devem ser respeitadas as condições ambientais para uma efetiva organização e interação entre todas as atividades da instituição de saúde. Quanto ao dimensionamento da equipe, considerou-se equânime com relação a elevada demanda de pacientes na clínica, havia uma preocupação por parte do profissional enfermeiro em definir a escala diária da equipe conforme a dinâmica da assistência. Vale ressaltar que o processo de trabalho em enfermagem é definido como método para o planejamento, organização, execução e avaliação da assistência, o que possibilita a valorização das ações, delimitando competências e possibilitando conquista de espaços profissionais. Outro ponto observado foi uma integração fragmentada da equipe multiprofissional, no que diz respeito à discussão dos casos, realizada, principalmente, entre os médicos. Considera-se necessário que haja entrosamento entre toda a equipe de saúde, podendo refletir em impactos positivos na qualidade do serviço. As práticas assistenciais realizadas pelas acadêmicas foram anamnese, exame físico, evolução de enfermagem e procedimentos privativos do enfermeiro, sob a supervisão da preceptora. Destaca-se a importância de vivências acadêmicas no cotidiano do Sistema Único de Saúde, pois reforçam as necessidades de políticas e mudanças assistenciais efetivas para o controle da tuberculose e HIV/AIDS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir das experiências vivenciadas, notou-se que é fundamental que o acadêmico de enfermagem tenha esse contato real com o cenário das doenças infecciosas e parasitárias, possibilitando um olhar crítico quanto às necessidades dos clientes. Foi possível analisar a importância da atuação do Enfermeiro dentro do processo de trabalho em saúde, que deve estar voltada para o planejamento, organização e execução de ações de saúde efetivas, visando a melhora clínica, adesão ao tratamento e prevenção de complicações dos pacientes coinfectados hospitalizados.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Enfermagem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE MANAUS

Naiara Ramos de Albuquerque, Alexandre Tadashi Inomata Bruce, Aryanne Lira dos Santos, Gabriella Martins Soares, Sara Regina Aloise, Thaís Moreira Gomes, Esron Soares Carvalho Rocha, Filipe do Vale Monteiro

**INTRODUÇÃO:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) constituem os principais fatores de riscos para doenças vasculares crônicas sendo as maiores causas de óbitos no Brasil, com isso é importante investigar as causas para sua prevalência verificando a correlação dos dados antropométricos concomitante ao estilo de vida e realizar o acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS) dos pacientes que fazem o tratamento dessas doenças para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial e diabetes são fundamentais para conhecer a distribuição da exposição, do adoecimento e as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade que podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). **OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico dos usuários do HIPERDIA que fazem acompanhamento na UBSF da zona Norte da cidade de Manaus. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo exploratório-descritivo, utilizando-se o estudo retrospectivo, para busca de informação em prontuários dos pacientes cadastrados no programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família N-23(UBSF-N23), localizada na zona Norte da cidade de Manaus, no bairro Terra Nova II. Foram incluídos os pacientes hipertensos e diabéticos com mais de 18 anos, com a última consulta realizada entre julho de 2016 a julho de 2017, totalizando um ano. Foram excluídos do estudo os pacientes que estava a mais de um ano sem ter o acompanhamento da UBSF N-23, microáreas que os Agentes de saúde estavam de férias ou afastados do serviço. Foram investigados 136 prontuários de 5 microáreas. Desses prontuários somente 69 estavam dentro dos critérios de inclusão. Os dados foram coletados por meio dos prontuários disponíveis na unidade de saúde. Foram colhidas informações sobre as características sócio demográficas, dados clínicos, farmacológicos e referência sobre a última consulta do conjunto de pacientes com as doenças crônicas, visando efetuar um reconhecimento das variáveis



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(idade, sexo e ocupação) e clínicas (como peso, altura, IMC, fatores de risco, comorbidades associadas, medicamentos utilizados, o valor da última medição da Pressão arterial na unidade etc), data da última consulta e condições clínicas associadas. Para análise dos dados foi utilizado o Programa Microsoft Office EXCEL®. Os dados foram tabulados e consolidados utilizando as técnicas de estatísticas descritivas, organizados e apresentados em forma de tabelas e gráficos. RESULTADOS: Dos 69 prontuários analisado neste estudo, 43 (62%) eram do sexo feminino e 26 (38%) do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 45 a 65 anos, com média de 63,46. Estudos apontam que o aumento da população feminina com doenças HAS e DM têm ocorrido pelo fato das mulheres procurarem mais o atendimento de saúde do que os homens. A doença mais prevalente no sexo feminino foi a HAS com 23 (33%) casos e os homens com 17 (25%). Já os acometidos por HAS/DM foram 12 (17%) do sexo feminino e 7 (10%) do sexo masculino. A ocupação predominante do grupo estudado foi 13% do lar, 4% desempregados, 17% aposentados e 23% dos prontuários não possuíam a informação da ocupação dos usuários. Observou-se que a ocupação está associada a vínculo empregatício informal e a renda familiar baseada nas aposentadorias. Em relação à data da última consulta na unidade, é elevado o número de pacientes cuja última consulta ocorreu há mais de doze meses. Isso implica em ausência de informações clínicas atualizadas sobre as condições de saúde, o que compromete o acompanhamento destes clientes quanto ao risco de complicações bem como a adesão completa à terapia proposta. A data da última consulta foi relevante para avaliar o acompanhamento clínico dos pacientes. O maior quantitativo das consultas registradas no prontuário destes pacientes foi do profissional médico e ACS nas visitas domiciliárias. Os usuários procuram a unidade para a renovação de receita, dispensa de medicamentos e procura de exames com especialistas. Analisamos que em média são realizadas 60 consultas com o médico para atender as necessidades dos pacientes e a enfermagem com cerca de 5 consultas em um ano na unidade estudada. Desta forma, acarretando para a fragilidade do papel da enfermagem dentro do HIPERDIA. Foi verificada maior prescrição de medicamentos cardiovasculares, comparado a medicamentos Antidiabéticos devido à alta prevalência de HAS na área adstrita da UBSF. A terapêutica medicamentosa, para o tratamento da HAS, mais utilizada foi o beta bloqueador Atenolol com cerca de 14 (15%) usuários utilizando. Segundo mais usado foi os antagonistas do receptor de angiotensina II losartana (9%), enalapril (5%) e ácido acetilsalicílico (AAS) com 6% sendo usado pelos pacientes. Os antidiabéticos orais





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

glibenclamida (12%) e metformina (6%) foram os mais prescritos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Após o diagnóstico da doença crônica, é indispensável à adesão ao tratamento medicamentoso, pois o não seguimento do plano terapêutico poderá repercutir de forma negativa sobre a saúde das pessoas acometidas por essas enfermidades, impossibilitando a resolubilidade do tratamento. Porém, fatores externos a não adesão ao tratamento é considerada um fenômeno complexo e multifatorial, estando relacionados ao paciente, ao sistema e equipe de saúde, à doença, ao tratamento, ao uso de medicamentos, a problemas sociais e a fatores socioeconômicos. É importante que a equipe de saúde desenvolva ações de promoção, prevenção e tratamento das doenças crônicas, pois estes consistem em meios eficazes para a redução do impacto financeiro, social, familiar e individual sobre a mortalidade e a morbidade desses pacientes. As intervenções da equipe de saúde devem priorizar o diagnóstico precoce, o acompanhamento e a adesão dos pacientes ao tratamento, para diminuir as complicações vasculares, o pé diabético, as amputações e a morte, entre outras doenças associadas. Cabe a Enfermagem contribuir para redução de complicações relacionadas a essas patologias crônicas e doenças associadas, por meio do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados com a utilização das Intervenções recomendadas, estabelecimento dos resultados para realização de um atendimento holístico, eficaz e ético. Principalmente a enfermagem que tem atuação no HIPERDIA com maior relevância por sua visão e prática não farmacológica e medicamentosa, além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato com a unidade e desta forma, mudar o cenário desta UBSF em relação ao abandono do acompanhamento e até do tratamento.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE

Alexandre Tadashi Inomata Bruce, Felipe Lima Dos Santos, Ana Carolina Scarpel Moncaio

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose é uma doença de grande impacto na saúde pública brasileira, sendo necessária a criação de estratégias para o enfrentamento da doença para que houvesse maior eficiência no controle. Diante disso, foi recomendada a descentralização do programa de controle para a Atenção Primária a Saúde dos municípios, assim como a adoção do Tratamento Diretamente Observado. Essa política de tratamento foi criada para promover a adesão, reduzir o abandono e evitar o aparecimento de resistência aos medicamentos. Para isso, o profissional de saúde pode prover o cuidado de acordo com a necessidade do doente, identificando líderes comunitários ou responsáveis familiares que auxiliem nessa supervisão, sendo assim, o Tratamento Diretamente Observado pode ser considerado como uma das políticas mais eficazes no controle da tuberculose, a qual pode contribuir significativamente para a cura da doença. Analisar o conhecimento acerca do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose em Manaus por meio dos profissionais da saúde faz-se necessário, visto que essa política vem sendo efetivada no contexto municipal, merecendo uma avaliação devido a sua importância para o controle da doença. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do Tratamento Diretamente Observado no Distrito Sanitário Norte de Manaus. **MÉTODO DO ESTUDO:** Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo. Este estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Norte da área urbana do município de Manaus, capital do Estado do Amazonas. Os dados foram coletados através do instrumento "Avaliação da Transferência de Políticas: Inovação, Informação e Conhecimento". No delineamento do instrumento, os pesquisadores selecionaram frases (itens) objetivas em relação as quais, os sujeitos da pesquisa manifestam seu grau de concordância desde o discordo totalmente (nível 1) até o concordo totalmente (nível 5), o instrumento é composto por 39 itens distribuídos para avaliação dos constructos: Informação, Conhecimento e Inovação. Neste estudo, foi selecionada apenas a dimensão conhecimento, composto por 10 itens. Participaram profissionais de saúde do nível fundamental (Agentes Comunitários de Saúde), nível médio (auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem) e nível superior (enfermeiros e médicos) alocados nas oito



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Manaus, acima dos 18 anos, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que atuam no município de estudo com no mínimo seis meses de experiência na função e que estavam no cumprimento ou exercício de suas funções quando na data da coleta de dados. Os profissionais de saúde que estavam em período de férias ou afastados por licença-saúde foram excluídos do estudo. Os dados foram analisados por meio do software SPSS 22.0, foram descritas as frequências das variáveis e a distribuição (média, mediana, e desvio-padrão, quando aplicados). Além disso, seguiu-se uma classificação de acordo com a média das respostas atribuídas pelos profissionais de saúde, utilizou-se a seguinte estratégia: quando os valores médios estiverem próximos de 1 e 2 o item é considerado “insatisfatório”; quando os valores médios ficarem próximos de 3 são considerados “regulares” e o item é considerado “satisfatório” quando os valores médios estiverem próximos de 4 e 5.

**RESULTADOS:** Dos 102 profissionais de saúde participantes do estudo, sete (6,9%) eram médicos, 28 (27,7%) enfermeiros, 28 (27,7%) Agentes Comunitários de Saúde, 36 (35,3%) técnicos de enfermagem e 3 (2,9%) auxiliares de enfermagem. A maioria (71,6%) era do sexo feminino e 28,4% do sexo masculino, com faixa etária variando entre 29 a 58 anos (média 41,29; Desvio Padrão 7,24). A dimensão “conhecimento” verificou se os profissionais de saúde do Distrito Sanitário Norte conhecem e utilizam as diretrizes e os protocolos do Tratamento Diretamente Observado, se há participação em capacitações e treinamentos e se esses são oferecidos pelo Programa de Controle da Tuberculose, além da existência de discussão de casos clínicos entre a equipe e se há parcerias para incorporação e realização de ações com outras instituições além do setor saúde. Nesta pesquisa, 37,3% dos entrevistados dizem conhecer parcialmente as diretrizes do Tratamento Diretamente Observado e apenas 26,5% concorda totalmente que conhecem as diretrizes. No acompanhamento e compreensão do protocolo do Tratamento Diretamente Observado 28,4% concordam totalmente e a mesma porcentagem concorda que conhece parcialmente, porém a maioria (32,4%) discorda que há capacitações frequentes pelo Programa de Controle da Tuberculose e 37,3% não participa dos treinamentos oferecidos pela secretaria de saúde. Na opinião da grande maioria (69,6%) dos profissionais, a equipe reconhece a importância do tratamento observado e 80,4% concorda plenamente que para o sucesso dessa política é preciso fazer parcerias e incorporar outras instituições e realizar ações, além do setor saúde. De acordo com a classificação adotada, esta dimensão apresentou dois valores médios



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

insatisfatório (item 5: A coordenação do Programa de Controle (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o Tratamento Diretamente Observado e item 6: Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o Tratamento Diretamente Observado), os demais estão classificados como regulares. A média total da dimensão foi de 3,07, o que a classifica como regular, mostrando que há um déficit de conhecimento acerca do tratamento. Destaca-se que a articulação do programa de controle não é bem avaliada por grande parte da equipe de saúde quando se trata da qualificação da equipe e também da pouca infraestrutura para a assistência ao doente de tuberculose nas unidades de saúde. Essas são situações que interferem diretamente na efetividade do tratamento e até na motivação profissional nas práticas assistenciais de controle da tuberculose, como é constatado na pesquisa. Além disso, considerando a realidade das equipes de saúde, constatou-se que as ações do Programa de controle municipal/estadual não têm sido satisfatórias para os profissionais, emergindo a necessidade de promover maior capacitação das equipes de saúde com relação ao Tratamento Diretamente Observado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde juntamente com a comunidade são os protagonistas na prevenção e controle da tuberculose, devendo ser feito com planejamento e compromisso. Ressalta-se, que estudos sobre essa doença, demonstrando o envolvimento e o conhecimento desses profissionais, principalmente sobre o Tratamento Diretamente Observado, são importantes para creditar o desempenho do seu protagonismo na temática da tuberculose. Os resultados mostram que há déficit de conhecimento sobre essa política de tratamento como o mais eficaz da tuberculose, sendo o compromisso e o empenho individual dos profissionais de saúde são atitudes imprescindíveis, porém não o bastante, existe a necessidade de se pensar novas maneiras de incorporar o Tratamento Diretamente Observado na rotina das unidades, pois essa modalidade de tratamento ainda encontra-se na fase de conhecimento acerca de como realmente é o seu processo de trabalho, sendo que é nesta fase que começam a aparecer as dificuldades e a necessidade saná-las para alcançar os objetivos.

**Palavras-chave:** TUBERCULOSE; TERAPIA DIRETAMENTE OBSERVADA; AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### DIÁLOGOS ACERCA DO ACESSO À SAÚDE NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA

Fabiana Mânica Martins, Kátia Helena Schweickardt, Kátia Helena Schweickardt, Júlio César Schweickardt, Júlio César Schweickardt

**APRESENTAÇÃO:** Trata-se de um trabalho de pesquisa de doutorado, em andamento, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia- PPGCASA/UFAM, cujo objetivo é analisar a implantação da política de UBSF na relação ao acesso das comunidades ribeirinhas aos serviços de saúde no Estado do Amazonas. Acredita-se que as condições de acesso das comunidades ribeirinhas aos serviços de saúde ocorrem em espaços complexos na Amazônia, neste território as Unidades Básicas Fluviais (UBSF) têm diminuído as iniquidades no cuidado à saúde.

O estudo está em fase inicial, mas gostaríamos de compartilhar a experiência do processo de pesquisa, nesse sentido partimos do posicionamento político de Boaventura Sousa Santos (2007), quando afirma que é necessário promover a sociologia e epistemologia das ausências, no movimento de valorizar e promover a presença daqueles objetos e sujeitos que foram invisibilizados na produção do conhecimento científico hegemônico. Entendemos que essa postura teórico-política implica em dizer que há conhecimentos reconhecidos como verdades e possuem autoridade no mundo do cuidado. Temos o desafio de buscar uma prática científica que cria solidariedade tanto da sociedade quanto da natureza. O estudo terá como fundamentação quatro pilares: faremos uma produção acerca da das políticas públicas de saúde; no momento adentraremos no conceito de comunidade, em específico as comunidades ribeirinhas; no terceiro momento discutiremos sobre o conceito de Espaço, Sustentabilidade, Ambiente e Território Vivo e Líquido; e, por fim trataremos do Cuidado à saúde no campo da Saúde Coletiva a complexidade de produção de saúde neste território líquido numa Unidade Básica de Saúde Fluvial.

**DESENVOLVIMENTO/METODOLOGIA:** Contextualizando brevemente nosso objeto de estudo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é implantada e implementada em todo país em 2006 e, para a região da Amazônia e Pantanal somente em 2011 (na segunda edição da PNAB) recebe um olhar diferenciado na perspectiva do cuidado com as Unidades Básicas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Fluviais (UBSF) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR). Consideramos que essa conquista se deve por reivindicações do Norte do País (o primeiro projeto nasceu em Borba/AM e tem se espalhado nos demais estados). Entretanto ainda não se tem um instrumento de avaliação dessa política para as comunidades ribeirinhas, que avalie o custo, as ações/trabalho da equipe, continuidade das ações, efetividade da própria política. Mais do que isso, ainda não temos visibilidade no país e no mundo dessa prática de cuidar específica na Amazônia.

Nesse sentido, adotamos o conceito de 'pesquisador in-mundo', segundo Gomes e Merhy (2014), não para se distanciar metodologicamente, mas para se imundizar na produção do conhecimento, mergulhar com aqueles que aparentemente poderiam ser objetos passivos do conhecimento ou que não teriam conhecimento válido e legítimo. Segundo Graciano e Magro: "Toda teoria, científica ou não, também tem pressupostos e implicações éticas, ainda que a cultura ocidental insista na neutralidade das reflexões acadêmicas. Dizer-se neutro é só uma maneira de se isentar da responsabilidade do mundo que configuramos em nosso viver na linguagem com outros seres humanos" (GRACIANO; MAGRO, 2002, p. 17). Por isso, o pesquisador in-mundo pressupõe o convite para o outro com todas as implicações epistêmicas que isso significa.

Segundo Maturana (2002), a percepção não precisa de uma explicação ou formulação da experiência, seja objetiva ou subjetiva, para se constituir num saber com estatuto de verdade. A explicação é sempre uma reformulação da experiência, sendo aceita pelo observador ou pela comunidade de observadores através de critérios de validação. Graciano e Magro apresentando a obra de Maturana dizem que: "Enquanto observadores, somos seres humanos vivendo na linguagem e enquanto seres humanos, somos seres vivos. Por isso, ele [Maturana] afirma que, para compreendermos o fazer científico, é necessário antes de tudo compreendermos o observar e com ele o viver" (2002, p. 20). Portanto, o conhecer não pode estar dissociado do viver, pois é na vida que nos colocamos como sujeitos sociais. "A validade da ciência está em sua conexão com a vida cotidiana" (MATURANA, 2001, p. 31). O cotidiano se constitui em saber, que tem práticas e pensamentos que organizam a lógica da vida e produzem vida.

Outra dimensão importante na lógica de conhecer é que os que observam também são observados, relativizando o pressuposto de um observador privilegiado que faz os juízos corretos da realidade para se transformar também em objeto-sujeito de observação. No



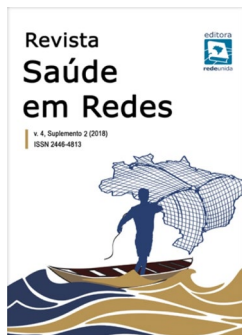
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

encontro de diferentes, surge a riqueza da produção de conhecimentos múltiplos que vão para além do metodologicamente instituído a priori e guiado pelo caminho “verdadeiro” da razão científica. O encontro dos saberes se faz na possibilidade de troca e de convívio, considerando o outro como efetivamente sabedor das coisas e não simplesmente como um informante de coisas para um eu-que-sabe. Por isso, consideramos que os encontros produzidos na pesquisa são potentes na produção de um conhecimento significativo.

Utilizaremos o registro através do uso do Diário cartográfico, proposto por Mehry (2014), que não se trata do método da investigação, de interpretar uma realidade como se tivesse um sentido em si mesma a ser desvelada, mas uma criação singular de sentidos para a realidade vivida e experienciada. O diário contribuiu no processo de construção do trabalho na perspectiva do encontro, captando as afecções neles produzidas. É uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades para os acontecimentos e afecções que se estabeleciam na produção da vida, dos afetos e das práticas nos territórios. Queremos trazer para a cena a comunidade e o conceito das redes vivas, proposto por Mehry (2014), que aborda para as potencialidades na comunidade na produção do cuidado. Do mesmo modo aprofundaremos o conceito de comunidade tradicional e sustentabilidade regional para a análise, bem como o conceito de territórios vivos e líquidos proposto por Schweickardt (2016), logo dialogaremos com o autor para falar de um lugar específico da Amazônia. Análise será feita no MAXQDA\*, é possível a criação de mapas analíticos, análises quanti dos indicadores.

**RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Queremos neste trabalho, produzir algumas respostas e/ou diálogos acerca da: descrição dos desafios relacionados ao acesso na atenção Básica na Amazônia, bem como produzir um mapeamento dos territórios e ambientes socioambientais das comunidades ribeirinhas atendidas pelas UBSFs; Trazer para a cena uma análise dos indicadores de saúde nas comunidades atendidas pela UBSF e, a partir de um estudo de caso, a produção de saúde na comunidade e sua relação com a política pública de saúde. O processo de levantamento teórico (em andamento) acerca das categorias de análise: conhecimento tradicional, populações da floresta, saúde, políticas públicas, sustentabilidade tem produzido inúmeras indagações acerca do objeto de tese. Entretanto, acreditamos que tem extrema relevância na produção do conhecimento para a área das Ciências da Saúde do Ambiente e Sustentabilidade. Vislumbramos como resultados a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

proposição de políticas públicas, instrumentos de avaliação, ferramentas ou tecnologias que contribuam na e para a Amazônia.

Palavras-chave

Atenção Básica; Trabalho; Acesso à Saúde; Comunidades Ribeirinhas





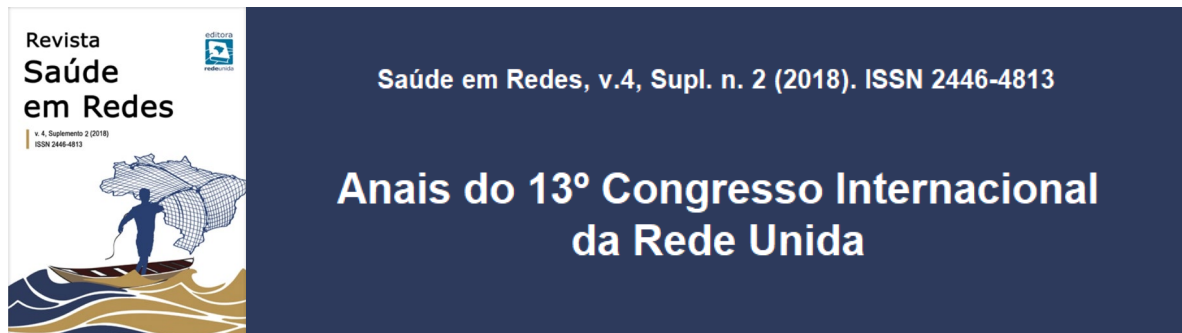
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### VULNERABILIDADE SOCIAL DE IDOSAS HIPERTENSAS E DIABÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Yara Macambira Santana Lima, Gessica Rodrigues Silva, Gessica Rodrigues Silva, Gisele Ferreira de Sousa, Gisele Ferreira de Sousa, Sheyla Mara Silva Oliveira, Sheyla Mara Silva Oliveira, Livia de Aguiar Valentim, Livia de Aguiar Valentim

**Introdução:** A inversão da pirâmide demográfica brasileira é um fenômeno atual ocasionado pelo aumento da expectativa de vida nos últimos anos. Estima-se que até 2025 mais de 50% da população brasileira estará com idade acima de 50 anos, deixando o país em sexto lugar no ranking relacionado a longevidade. Com o aumento do número de idosos longevos alguns aspectos têm despertado o interesse científico, considerando que juntamente com a idade avançada faz-se necessário medidas para garantir a assistência e qualidade de vida. No entanto o termo qualidade de vida na terceira idade apresenta alguns pontos importantes que devem ser levados em consideração sendo eles: o bem-estar físico e mental, a condição financeira, o acesso ao atendimento de saúde, a interação social com pessoas do mesmo grupo etário, o apoio familiar, sexualidade, a prática de atividade física, autonomia e principalmente a independência deste idoso. Dentro deste contexto é essencial que aprendamos a lidar com a pessoa idosa de maneira não autoritária, analisando a situação de forma concreta e permitindo a relação entre saúde e o bem-estar biopsicossocial. Por isso tornou-se fundamental a elaboração de ações de políticas públicas voltadas para a manutenção da saúde desta população. Embora nos últimos anos tenha se adotado dentro da assistência geronto-geriátrica medidas que ampliem o acesso a saúde do idoso, estudos identificam que o número de idosos acometidos de morbidades como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia aumentou drasticamente, principalmente entre as mulheres isso por representar a maior parte da população que se encontra na melhor idade. Diante disso esta pesquisa tem como objetivo caracterizar a vulnerabilidade das idosas hipertensas e diabéticas que realizam o acompanhamento pelo grupão do hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Desenvolvimento:** Este estudo de campo, descritivo, transversal, de cunho quantitativo, conta com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para o projeto intitulado “Qualidade de vida na melhor idade: experiência na atenção primária”, com o parecer nº 2.055.819, é o resultado parcial do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A



coleta de dados foi realizada por acadêmicos de Enfermagem nos meses de maio e junho de 2017 na unidade de saúde do Santarenzinho, na cidade de Santarém-Pará. O público alvo foram mulheres cadastradas no programa de Hiperdia, os critérios de inclusão adotados foram as pacientes regularmente matriculadas no programa de Hiperdia, com idade igual ou maior que sessenta anos, foram excluídas as faltosas e aquelas com idade inferior ao limite estabelecido. A amostra contou com 50 idosas, que responderam o instrumento elaborado com questões fechadas e abertas, abordando variáveis: idade, escolaridade, renda, moradia e convívio social. Os dados foram obtidos após o consentimento expresso no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), após isso foram feitas entrevistas individuais, junto às idosas para o preenchimento do instrumento. Os dados coletados foram analisados com estatística descritiva no software Excel 2016. Resultados: A análise de dados apontou que 86% das participantes da pesquisa são idosas jovens e intermediária, pois, compreendem a faixa etária de 60 a 74 anos, sendo 42% estavam viúvas, 38% possuíam ensino fundamental incompleto e 54% dependem da aposentadoria, relacionado a renda mensal 64% afirmaram que varia entre 1 a 2 salários. Dentre as suas condições de moradias 94% residem com família, 48% reside em casa própria. Ao relacionar as variáveis escolaridade e renda notou-se que 48% das participantes apresentaram ter cursado até o ensino fundamental incompleto e apresentaram renda entre 1 a 2 salários mínimos. Foi observado que das mulheres que referiram serem viúvas 36% residiam com a família e 6% sozinha. Considerando os dados é perceptível que a maioria das participantes não apresentam independência em relação a família, principalmente em relação as idosas que já perderam o companheiro. Outro fator preponderante é em relação a renda mensal ponderando que a maioria das idosas relataram ser aposentadas, tendo um valor mínimo para se manter durante um mês, tendo em vista os gastos com a manutenção da casa, alimentação e medicações que não são disponibilizadas pelo posto de saúde. Conclusão: Os aspectos biopsicossociais são relevantes, pois desempenham influência direta na saúde da pessoa idosa, além de ser fundamental para um envelhecimento saudável e com boa qualidade de vida. A inserção de políticas públicas direcionada é essencial para garantir a esta idosa a melhoria da qualidade de vida, medidas simples podem estar sendo desenvolvidas dentro da própria unidade de saúde para elevar a autoestima destas idosas como a implantação de grupos de ginástica, atividades recreativas e lazer, no qual ele se sint valorizado e tenha a oportunidade de crescer dentro do convívio social, fazendo amizade com pessoas da mesma idade. Sabe-se que para ter uma vida longa



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

não basta apenas ter saúde, embora seja um dos pilares, é essencial que a saúde mental, as relações interpessoais, condição financeira também estejam integradas. Dentre os fatores que influenciam no comprometimento da saúde psicossocial da pessoa senil está relacionado a superproteção da família que por receio de queda ou doença em virtude da idade não deixa a idosa realizar atividades que o permitiam ter a satisfação de sentir-se útil, de ter autonomia para realizar atividades da vida diária. Neste estudo foi observado evidências de situação de vulnerabilidade social entre as idosas, pois as participantes apresentam pelo menos uma doença crônica podendo esta ser a diabetes mellitus ou hipertensão arterial, apresentarem baixa renda e viverem com a família, o que demonstra um grau de dependência desta pessoa, e isto influencia diretamente na qualidade de vida desta idosa. Diante disso torna-se fundamental não só a assistência ao idoso, mas a família também, através do direcionamento de como os familiares que convivem diariamente com esta pessoa podem estar fazendo para melhorar a condição desta idosa, através do dialogo, elevação da autoestima, confiança em deixar ela realizar as atividades que lhe proporcione prazer. Considerando isto o enfermeiro tem um papel fundamental para identificar as situações de vulnerabilidade das idosas e elaborar meios de assistência que beneficiem o bem-estar desta pessoa e favoreça um envelhecimento saudável. Nesse contexto se fazem necessárias pesquisas voltadas para este público a fim de caracterizar as suas condições e através destas informações embasarem ações em prol destas mulheres.

Palavras-chave: saúde da mulher; saúde do idoso; qualidade de vida



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Arthur Grangeiro do Nascimento, Joselma Cavalcanti Cordeiro

Apresentação: O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), criado através da portaria 154/2008, constitui-se como mais um esforço de reestruturação do processo de trabalho em saúde. Tem o objetivo de apoiar a Equipe de Saúde da Família (ESF) ampliando o escopo de atuação das equipes, proporcionar uma retaguarda especializada nas ações de saúde e de aumentar a resolutividade do cuidado em saúde na atenção básica. O modo de organizar o processo de trabalho do NASF é norteado, principalmente, pela lógica do apoio matricial, clínica ampliada, cogestão e por ferramentas que subsidiem o trabalho como, por exemplo, o Projeto de saúde no território e o Projeto Terapêutico Singular

Perguntar-se como se desenvolve o processo de trabalho das equipes NASF e buscar meios de fortalecer esse modelo constitui uma atitude necessária para a transformação do modo de produzir saúde. Por isso, o presente artigo tem o objetivo de analisar a micropolítica do processo de trabalho de uma equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como subsídio ao planejamento de sua reorganização e estratégia de educação permanente em saúde.

Método do estudo: O presente trabalho é parte de uma “pesquisa-ação” realizada durante a experiência de um dos autores em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Trata-se de uma pesquisa de caráter analítico-descritiva, onde os observados também foram os observadores e fizeram, coletivamente, a análise do processo de trabalho do NASF no formato de grupos focais. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de uma equipe NASF, implantado no ano de 2010, responsável por apoiar 9 equipes de saúde da família distribuídas em 4 Unidades Básicas de Saúde, de um município de Pernambuco, composta por uma Assistente Social, uma Nutricionista, um Psicólogo, duas fisioterapeutas, uma Farmacêutica e uma Fonoaudióloga. Quanto aos vínculos empregatícios, apenas um profissional da equipe possui vínculo estável através de concurso público, enquanto os demais são contratos sem garantia de estabilidade. Em relação à formação especializada na



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

área, dois profissionais possuem título de especialista em Saúde da Família, através de Programa de Residência em Saúde da Família.

O estudo foi dividido em três momentos: 1- Descrição do processo de trabalho, 2- Identificação e priorização dos problemas, 3- Construção de alternativas. Entretanto, o presente trabalho irá discutir apenas o primeiro momento da pesquisa-ação, que foi o processo de descrição e análise do processo de trabalho da equipe.

Uma técnica de coleta de dados utilizada foi a do grupo focal por estar de acordo os objetivos de análise do presente estudo e da transformação de práticas de saúde, configurando, assim, um espaço propício para educação permanente.

Para auxiliar na coleta de dados se utilizou os mapas analíticos, um instrumento para análise do processo de trabalho para ser utilizado pelos próprios trabalhadores no cotidiano de seus serviços. Com o objetivo de disparar e registrar as discussões, eles foram utilizados como ponto de partida do processo de análise e construídos em todo o primeiro momento em três eixos: descrição dos elementos do processo de trabalho: os agentes, os instrumentos, os objetivos, os produtos e objetos de trabalho; potencialidades e dificuldades; atos inúteis e indispensáveis. Todo o processo foi gravado, transcrito e submetido à análise dos dados.

O procedimento utilizado para tratamento dos dados coletados foi a do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). É uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que permite agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades, consiste em analisar o material verbal dos discursos proferidos pelos participantes da pesquisa extraindo de cada um deles “expressões-chave”, “âncoras” e “ideias centrais” semelhantes para compor “discursos sínteses”. A elaboração do DSC necessita de algumas figuras metodológicas:

A construção do DSC se deu a partir de expressões-chave que agregavam ideias centrais consensuais no grupo pesquisado. As opiniões individuais e dissensos não compõe a construção do discurso. Com o discurso síntese construído, se tece comentários interpretativos de acordo com o referencial teórico adotado, tendo como parâmetro de comparação o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) no Caderno de Atenção Básica nº 39.

Resultados: Os resultados foram categorizados em cinco ideias centrais:

Concepção de saúde

Cultura assistencialista e a aceitação do NASF



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

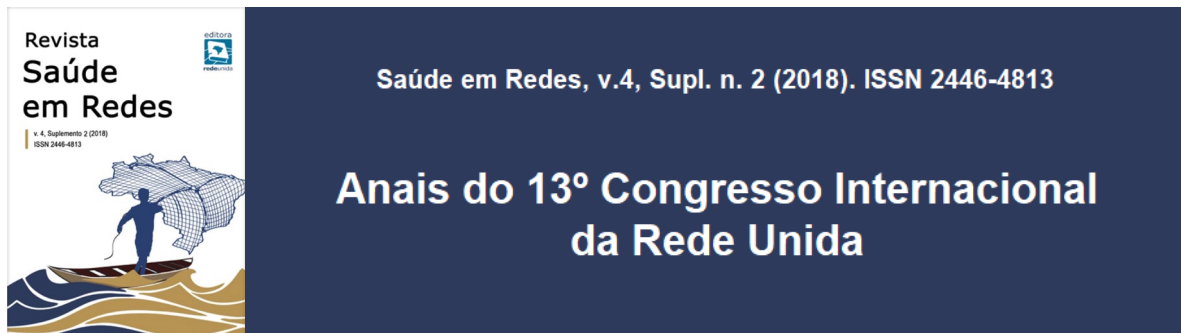
Características e dinâmica do trabalho em equipe

Tecnologias de trabalho e a proposta do NASF: dos atos inúteis aos indispensáveis

Construção da agenda, planejamento, (des)vigilância em saúde e rede de serviços

O conteúdo de cada ideia central revelou que as concepções expressadas no discurso da equipe são de um “dever ser” pautado pela clínica ampliada, trabalho em equipe, colocando como tecnologia central o matriciamento e tendo as reuniões de equipe como espaço privilegiado para utilizá-lo. A dificuldade encontrada foi transformar o “dever ser” em “fazeres”. As principais dificuldades envolvem o matriciamento, o trabalho fragmentado e com foco assistencialista, a dinâmica das pactuações realizadas nas reuniões de equipe, a utilização de instrumentos de abordagem familiar e territorial. Fatores internos e externos à equipe influenciam na situação apresentada e é de extrema importância que ambos sejam enfrentados de maneira estratégica, partindo do diagnóstico realizado pela própria equipe, contribuindo para o fortalecimento do trabalho do NASF. O problema prioritário destacado pela equipe foi o pouco espaço de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde na agenda da equipe, contudo, outros pontos de grande importância se revelaram como a não utilização de tecnologias de análise e intervenção familiar e populacional, e a escassa prática de planejamento das práticas. Pontos necessários para o alcance de resolutividade no trabalho do NASF e que configuram um escopo de atuação para a transformação do processo de trabalho.

Considerações Finais: A descrição dos elementos do processo de trabalho revelou uma percepção concordante com o CAB 39 em relação aos agentes e objetos do trabalho do NASF. A percepção das finalidades e produtos foi muito semelhante aos do parâmetro utilizado, entretanto, reconhecem a dificuldade que se alcançar a resolutividade esperada. Quanto aos instrumentos de trabalho é consenso o foco em tecnologias leve-duras voltadas para aspectos burocráticos e consideradas inúteis para toda equipe. As demandas que mais compõe a agenda da equipe são assistenciais e, apesar de reconhecerem a necessidade do trabalho de vigilância da saúde, não há tecnologias ou comportamentos para organização da demanda baseado no território. O estudo contribui para compreender a dinâmica do trabalho nesta equipe NASF, e seus achados são corroborados com outros estudos encontrados na literatura científica. Cabe destacar que, para além dos aspectos internos à equipe, outro ponto



precisa ser qualificado para que o modelo de atenção do NASF se fortaleça: a condução da gestão do processo de trabalho precisa ser permanente sobre os pontos aqui discutidos, integrando o NASF, a equipe de saúde da família, a comunidade e os gestores, de modo que haja uma sistematização de informação e de planejamento estratégico, necessário para a atuação dos profissionais nas mudanças e aperfeiçoamento do processo de trabalho voltado para outro paradigma.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE) EM UMA CASA DE APOIO FUNDAMENTADA PELA TEORIA DE WANDA HORTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anny Michelly Coelho do Nascimento, Ana Karolina Rodrigues da Silva, Alex Mariano Rosa da Silva, Zilmar Augusto de Souza Filho, Beatriz Gonçalves de Oliveira

Introdução: A importância de um trabalho organizado e sistematizado de enfermagem foi confirmada pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN que dispõe sobre a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em instituições públicas e privadas. Trata-se de um método científico cuja finalidade é oferecer subsídios e organizar o trabalho profissional da enfermagem através de um processo de enfermagem estruturado em cinco etapas: 1) Coleta de dados de enfermagem/histórico de enfermagem, 2) Diagnóstico de enfermagem, 3) Planejamento assistencial, 4) Implementação da assistência de enfermagem e 5) Avaliação/evolução. A SAE visa a implantação de uma teoria de enfermagem na prática profissional, por isso, o primeiro passo para implantá-la é escolher uma teoria de enfermagem e depois aplicar o processo de enfermagem para colocar em prática a teoria escolhida. Para a implantação da SAE na Casa de Apoio foi escolhida a Teoria Das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, fundamentada na Teoria de Maslow, na qual a enfermagem constitui-se um instrumento de assistência ao homem em suas necessidades básicas de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual para mantê-lo em equilíbrio, prevenindo ou revertendo desequilíbrios. Objetivo: relatar a experiência da implantação da SAE individualizada e humanizada na casa de apoio de São Paulo de Olivença localizada no município de Manaus- Amazonas tendo como referencial a Teoria Das Necessidades Humanas Básicas De Wanda Horta e o Diagnósticos de Enfermagem (DE). Método: trata-se de um estudo do tipo relato de experiência sobre a implantação da SAE na Casa de Apoio de São Paulo de Olivença, vivenciada por uma equipe composta por uma enfermeira, um enfermeiro responsável técnico, uma acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), uma acadêmica do curso de enfermagem da Universidade do Norte (UNINORTE) e trinta clientes. A referida instituição de saúde recebe, acolhe e presta assistência de enfermagem integral aos clientes. Estes são encaminhados à Casa de Apoio em Manaus





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

quando são diagnosticados com patologias que necessitam de avaliação médica especializada, tratamento, intervenção cirúrgica e exames específicos. Com intuito de oferecer uma assistência organizada e sistematizada a essa clientela, o enfermeiro responsável técnico estabeleceu que a SAE deveria ser implantada para buscar identificar as necessidades humanas básicas dessa clientela e posteriormente atendê-las. O trabalho iniciou-se em setembro de 2017 e foi concluído no início do mês de dezembro do mesmo ano com a implantação da SAE e pode ser descrito em cinco passos. O primeiro passo foi realizar uma reunião com a equipe para planejamento, discussão e definição de como a SAE seria implantada. No segundo passo os enfermeiros realizaram busca em base de dados científicos para construção de um questionário que contemplasse as seguintes informações: situação sócio-econômica, fatores de risco para doenças cardiovasculares, histórico familiar, alimentação, imunização, uso de medicações, avaliação médica anual, queixa principal e exame físico. No terceiro passo já com o questionário construído, os enfermeiros e acadêmicas se reuniram para discutir se o mesmo atendia às necessidades da clientela, para sua posterior aplicação. No quarto passo iniciou-se a aplicação do questionário, os clientes eram convidados a comparecer à sala destinada a consulta de enfermagem, onde eram entrevistados pelos enfermeiros e acadêmicas, de forma individual sendo respeitada a sua privacidade. Depois de se alcançar o número total de 30 clientes, as informações eram arquivadas em base de dados do Microsoft Word, foi criada uma pasta de arquivo para cada cliente contendo suas informações pessoais para posterior consulta, análise e conseqüentemente dar continuidade ao processo de enfermagem que passaria a ser executado. No quinto passo: iniciou-se o trabalho de criação do plano de cuidados para cada cliente, seguido por sua implementação e por fim, a avaliação de cada cliente. Resultados e/ou impactos: Percebeu-se que a partir do processo de implantação da SAE na Casa de Apoio segundo a teoria de Wanda Horta que é baseada na satisfação das necessidades humanas básicas do homem, houve os seguintes ganhos: início de uma relação de confiança entre a equipe e os clientes (nível psicossocial), antes quase inexistente, essa confiança gerou aproximação e permitiu os meios favoráveis para coletar, organizar, analisar e interpretar seus dados e com isso dar um passo indispensável para a implantação da SAE. Melhoria na assistência à saúde dos clientes (nível psicobiológico), pois estes passaram a receber cuidados de qualidade em um tempo cada vez menor, porém, com eficiência e eficácia. Além disso, a implantação da SAE comprovou seus benefícios através do auxílio na



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

definição correta dos diagnósticos de enfermagem, classificando-os como real (que efetivamente existia) ou potencial (que poderia desenvolver-se em vista da vulnerabilidade do cliente), prevenindo erros e realização de ações e procedimentos desnecessários, auxiliou no controle dos recursos financeiros, diminuindo gastos gerados por erros de cálculos e desperdício de tempo, resultantes de um ambiente de trabalho desorganizado, contribuiu para tomada de decisões relacionadas a definição de prioridades e por fim, no estabelecimento da principal meta a ser atingida: uma assistência de enfermagem com qualidade através de um plano de cuidados que na prática fosse eficaz e demonstrasse a assistência individualizada ao cliente, alcançando resultados positivos que contemplassem essas pessoas em suas necessidades e capacidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Considerações finais: É inegável que a SAE desempenha um papel fundamental na rotina diária do enfermeiro, pois é uma ferramenta que direciona as ações de intervenção de enfermagem, apoiando a organização, o planejamento e a execução do cuidado. Constitui o alicerce indispensável para entender os problemas de cada cliente e oferecer um cuidado individualizado de qualidade, afirmação reforçada pela Lei 272/2002 que diz que a implantação da SAE constitui melhoria para a qualidade da assistência. Portanto, apesar da rejeição por parte de muitos enfermeiros por considerá-la falha e impraticável, a SAE tem se mostrado poderosa aliada na prestação do cuidado de excelência. Enfim, ressaltamos que maior do que os entraves e as dificuldades encontradas para a implantação da SAE, foi a plena satisfação relatada verbalmente pelos clientes, associada aos resultados positivos alcançados. Sem dúvida a experiência se transformará em prática contínua.

Palavras-chave: Implantação; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Teoria de enfermagem.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O QUE PENSEI E O QUE ENCONTREI! A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE PARINTINS.

Luene Silva Costa, Solane Pinto de Souza, Elaine Pires Soares

Apresentação: O Programa Mais Médicos foi criado em 2013 no Brasil com objetivo de atender as necessidades e dificuldades do país em atrair e fixar médicos na Atenção Básica principalmente em localidades com maiores vulnerabilidades econômicas e sociais, longe de centros urbanos, além de reorientar a formação médica no Brasil. Nesta perspectiva, o município de Parintins aderiu ao Programa Mais Médicos (PMM) e os primeiros médicos começaram a chegar em outubro de 2013. O município é conhecido mundialmente por apresentar o maior Festival Folclórico a céu aberto da América Latina, onde no mês de junho a cidade recebe milhares de pessoas de diferentes estados e países para prestigiar a apresentação dos bois Garantido e Caprichoso na arena do bumbódromo. Apresenta uma estimativa de 113.832 mil habitantes no ano de 2017 segundo o IBGE, e está localizado há 368,8 quilômetros a leste da capital do estado do Amazonas, Manaus. Parintins é considerado prioritário para aderir ao programa por apresentar 22,41% da população vivendo em extrema pobreza, seguindo critérios estabelecidos pela Portaria Interministerial 1.377 de 13 de junho de 2011. Atualmente o município possui um quantitativo de 14 profissionais sendo: 09 médicos de nacionalidades cubana, 01 médico colombiano e 4 brasileiros, destes 10 atuam na zona urbana e 4 na zona rural, o que corresponde a 56% dos médicos que atuam na atenção básica. O programa veio contribuir no intuito de sanar a necessidade do município em atrair e fixar médicos, seja na zona rural ou zona urbana, sendo a zona rural a principal contemplada, pois apesar de já ter vivenciado a presença do médico em momentos esporádicos, atendendo necessidades momentâneas, curativas, com a presença do médico do programa mais médicos, a população ribeirinha passou a vivenciar a presença constante do médico, podendo usufruir de atividades básicas como educação em saúde e um atendimento multidisciplinar. O município passa a partir de 2013 a vivenciar um momento importante nas equipes de saúde da família, a presença do médico de forma contínua, gera impacto na saúde da população, no cotidiano de vida e de trabalho e nas equipes de saúde da família. De fato, a presença do médico gera impacto, seja no cotidiano dos serviços de saúde, seja nos serviços oferecidos a população como mostram estudos A partir da fala dos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

profissionais, esse trabalho visa mostrar a partir do relato dos mesmos, as mudanças ocorridas no cotidiano do profissional médico estrangeiro do programa mais médicos no município de Parintins. Desenvolvimento: Trata-se de um trabalho descritivo, qualitativo, sistematizado para responder algumas indagações no intuito de conhecer qual a expectativa dos médicos estrangeiros ao terem conhecimento que vinham para o município e a percepção dos mesmos após sua chegada e trabalho no município. Para a construção deste relato, foi realizado levantamento do quantitativo dos médicos do PMM atuantes no município e destes quais eram estrangeiros, pois o objetivo era mostrar a percepção daqueles que não vivenciaram tal realidade. Em seguida, foi realizado agendamento de entrevista para aqueles que aceitaram participar do estudo. Resultados: A maioria dos médicos estrangeiros atuantes no município vieram da Cuba e já haviam vivenciado outras experiências em países como África e Venezuela, que segundo eles eram realidades bem diferentes das que encontraram aqui no Brasil. Souberam do programa através de amigos médicos que já tinham participado em outro momento de atividades como esta, mas também citam as propagandas de televisão e outras mídias. Quando entraram no programa e souberam que viriam para o Brasil, a maioria mostra entusiasmo na fala e pontuam a alegria, por ser um país alegre, há quem diga que é um sonho conhecer e trabalhar no maior país da América do Sul. Referem que só tiveram conhecimento em que localidade do país iriam trabalhar quando chegaram em Brasília. Sobre o município, a princípio por se tratar do Amazonas, o que veio a mente dos entrevistados é que iriam conhecer o Rio Amazonas, o maior rio do mundo, ou iriam ver anacondas, piranhas e jacarés, nada diferente do que ouvimos falar quando nos deparamos com visitantes de outros países e até mesmo de outros estados do Brasil, como alguns estados da região sudeste, por exemplo. Ainda em Brasília tentam extrair o máximo de informações sobre a cidade, fazem buscas na internet, perguntam como são as características de saúde do município, as pessoas, a cultura e a partir dessas informações criam-se expectativas que em sua grande maioria são superadas pelo que encontraram de fato na cidade. Como agentes de mudanças, todos referem ter causado alguma transformação no território a qual foram inseridos, uns referem que a simples presença do médico em locais que antes não havia, já é uma grande mudança para aquela população; há quem diga que a mudança não é só para os que recebem a assistência, mas para os mesmos, pois são transformados pelo que aprendem e vivenciam com as novas experiências e novos saberes compartilhados. A maioria relata que não havia tratado pacientes com leishmaniose



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e malária em nenhum momento de sua trajetória médica. A tuberculose também é algo que preocupa os médicos cubanos, pela alta incidência de casos no município, assim como a hipertensão e o diabetes, que na percepção deles está relacionada ao consumo excessivo de carboidrato, uma vez que, a farinha de mandioca é à base da alimentação do caboclo em qualquer lugar do Amazonas. Quando questionados sobre a relação com a equipe de saúde a qual fazem parte, os entrevistados relatam boa relação com todos os membros da equipe, porém é com o agente comunitário de saúde que demonstram maior entrosamento. Foram indagados se existe algo que dificulta a resolutividade de assistência prestada ao usuário, os mesmos citam com maior ênfase a demora na realização de exames complementares, a deficiência de especialidades no município e o idioma, que foi citado por alguns como uma barreira que no início dificultava a comunicação médico-paciente, mas que com o passar do tempo vai sendo superado, citam também as palavras locais como dialetos e as palavras indígenas que às vezes não compreendem e necessitam de ajuda dos nativos, como por exemplo, a palavra curumim que quer dizer menino; mãe-do-corpo que esta relacionada à questão uterina entre outros. Considerações Finais: O programa mais médicos traz consigo muitas expectativas quanto aos avanços na atenção básica, seja nas possibilidades de expansão de equipes de saúde da família ou mudanças no cotidiano da assistência. Por outro lado, entender as percepções deste profissional quanto as mudanças no seu cotidiano, seja pessoal e/ou profissional a partir de sua entrada no programa no país, possibilita traçar estratégias para facilitar a permanência dos mesmos no país e garantir sua continuidade nas equipes, assim como servir de subsídios e mudanças na própria dinâmica das equipes de saúde da família. O programa gera impacto positivo principalmente em localidades mais distantes de centros urbanos como Parintins, e acolher esse profissional nas suas diferentes realidades faz parte do processo de construção de uma sistema único e igualitário a partir de estratégias inovadoras como o PMM.

Palavras-chave: Atenção Básica; Programa Mais Médicos; Vivências



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DIALOGANDO SOBRE O TEMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Veridiana Barreto Nascimento, Nádia da Costa Sousa da Costa Sousa, Kamille Herondina Maia Martins de Farias Herondina, Thaís Ferreira Barreto, Yara Macambira Santana Lima, DINAURIA NUNES CUNHA DE FARIA, Renata Simões Monteiro, Nathanni Queiroz dos Santos

**APRESENTAÇÃO:** A gravidez na adolescência tornou-se um tema de extrema relevância na realidade da saúde pública brasileira, especialmente, pelo aumento significativo de sua incidência e sua associação com a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). O nível socioeconômico e a escolaridade são aspectos constantemente relacionados com a ocorrência da gravidez na adolescência, revelando que as classes econômicas menos favorecidas apresentam maiores indicadores deste evento. Este fato torna-se ainda mais preocupante quando a gravidez não é planejada e/ou sem apoio familiar, levando na maioria das vezes a adolescente a prática do aborto ilegal, geralmente em condições precárias, compreendendo um dos principais determinantes para os óbitos e patologias relacionadas à gestação. No que concerne a saúde dessas jovens, uma gravidez nessa fase tem maior probabilidade de ocasionar síndromes hipertensivas, partos prematuros, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição do crescimento fetal, além de problemas consequentes de abortos provocados e pela falta de subsídio necessário. Trata-se de um período da vida característico de inúmeras mudanças, as quais envolvem transformações físicas, psicológicas, biológicas e comportamentais o que pode tornar tal fase bastante conturbada decorrente das diversas descobertas e experiências, somando-se a construção da identidade e maturação sexual. Em virtude do atual cenário da gravidez na adolescência, buscou-se com este estudo, identificar o conhecimento dos adolescentes de uma escola pública do município de Santarém-PA acerca da temática, já que a gravidez na adolescência envolve inúmeros fatores que necessitam de um olhar mais atencioso dos serviços de saúde pública assim como a inserção de sua abordagem no ensino das escolas, para que os jovens tenham conhecimento sobre o assunto e sejam mais responsáveis com suas vidas e práticas sexuais, considerando que a relação sexual desprotegida não se traduz somente em uma gravidez não planejada, mas compreende também as ISTs cada vez mais frequentes e precoces nessa



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

faixa etária. OBJETIVO: Analisar os acontecimentos e fatos presentes no cotidiano das adolescentes sobre a gravidez. MÉTODO: Participaram do estudo 18 adolescentes de uma escola pública da cidade de Santarém-Pará. A escola foi o local escolhido para a realização de atividades de educação em saúde do Projeto de Extensão Universitária “Prevenção de ISTs, aborto e gravidez na adolescência na comunidade escolar” da UEPA submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (UEPA) - CAAE: 55793616.2.0000.5168. Para a coleta dos dados os pais dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a participação de seus filhos na pesquisa. Os resultados foram coletados por meio de um questionário estruturado, com 12 questões fechadas sobre gravidez na adolescência e suas implicações. A coleta de dados ocorreu em Junho de 2016. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A pesquisa foi desenvolvida com 18 alunos do ensino fundamental, com faixa etária de 13 a 16 anos, 5,6% da amostra tinha 13 anos, 61,2% dos entrevistados dos corresponderam a 14 anos, as idades de 15 e 16 anos obtiveram as mesmas porcentagens (16,6%) do total dos alunos. Com relação ao gênero 33,3% dos entrevistados eram do sexo masculino, o público feminino correspondeu a 66,7% dos estudantes. A partir dos dados obtidos, observou-se que apenas 33,3% dos participantes revelaram conversar com os pais sobre assuntos relacionados ao sexo, o mesmo percentual foi obtido ao se questionar sobre quais jovens dialogavam com a família sobre assuntos relacionados ao aborto, fato este que pode comprovar a dificuldade que os pais apresentam em abordar temas relacionados tanto a sexualidade quanto a prática de atividade sexual segura. A maior parte dos alunos (88,9%) tinha conhecimento de colegas que haviam engravidado na adolescência, assim como também sabiam o quanto uma gravidez, principalmente quando não foi planejada, poderia interferir na vida dos adolescentes. Quando perguntado se eram contra a prática de abortos em casos de estupro, 66,7% dos entrevistados se posicionaram contra essa prática mesmo em situações de violência sexual. Com relação aos fatores apontados como causas dos abortos praticados no Brasil, 44,5% dos alunos revelaram não saber opinar, a vaidade ou falta de responsabilidade foi apontada por 27,7% dos entrevistados, casos de estupro foram relatados por 22,2% dos pesquisados e 5,6% dos estudantes apontaram a prática de aborto apenas aos casos em que a gravidez ocasiona risco de morte à mãe. Conforme descrito nos dados, notou-se que a maior parte dos jovens não possui as informações necessárias no que concerne aos riscos à saúde materno-fetal oriundas de uma gestação durante a adolescência, sobretudo as que



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ocorrem sem planejamento e apoio. Com relação ao modo como os abortos são praticados, 83,4% dos entrevistados relataram não saber como ocorre o referido ato e apenas 16,6% dos participantes afirmaram saber como se dá essa prática, este resultado reforça a necessidade de ampliar a disseminação das informações referentes as consequências de um aborto realizado em condições sanitárias precárias ou inadequadas e/ou quando realizado por pessoas não capacitadas. A importância de inserir cada vez mais informações acerca dessa temática, sobretudo no ambiente escolar, traduz-se no fato de que os adolescentes buscam respostas para as suas dúvidas em meios de comunicação como a televisão, internet, conversa com amigos, entre outros, o que pode contribuir para a transmissão de informações errôneas sobre o assunto em questão. Dos jovens entrevistados, 66,7% posicionaram-se contra a legalização do aborto no Brasil, o que confirma ser um assunto conhecido por todos como um ato ilegal em nosso país, um caso típico de controvérsia quanto ao fundamento ético; um problema, porém, de saúde pública pela frequência com que ocorre no Brasil, representando a quarta causa de morte materna, devido suas complicações. Quando perguntado sobre qual seria a idade ideal para uma gravidez, 44,6% dos pesquisados afirmaram que não existe idade ideal para esse momento, mas a faixa etária acima de 20 anos e acima de 25 anos tiveram percentuais semelhantes de 27,7% na opinião dos entrevistados. Esta concepção da maioria dos pesquisados, confirma a ideia de que não existe idade ideal para que se ocorra uma gravidez, porém tanto a mulher quanto o homem devem sentir-se preparados biologicamente, socialmente e financeiramente para essa nova etapa de suas vidas. **CONSIDERAÇÕES:** Esta pesquisa não foi realizada com o intuito de se apresentar soluções ou conclusões definitivas sobre gravidez na adolescência e aborto, mas delinear o panorama dos acontecimentos atuais sob uma ótica de tendências variadas acerca da temática abordada, com o intuito de facilitar uma maior aproximação entre os diferentes lineares dos estudos e as opiniões dos estudantes do ensino fundamental, alertando para o fato de que gestações no período da adolescência são de alto risco, uma vez que, estas – em sua grande maioria – ocorrem sem uma base sólida para dar suporte a adolescente sobre as mudanças advindas de uma gravidez não planejada, contribuindo para significativos percentuais de adolescentes brasileiras que morrem por ano em decorrência da prática do aborto ilegal. **Palavras-Chave:** Adolescentes, Gravidez, Aborto.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

FUNDAMENTOS PARA A LIMITAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI) PARINTINS.

Reidevandro Machado da Silva Pimentel

Este trabalho caracteriza-se como um relato de experiência do período em que atuei como enfermeiro no Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins (DSEI), localizada na divisa dos Estados do Pará e Amazonas, na Terra Indígena Andirá-Maraú, sendo habitada por duas etnias, ou seja, os Hyxkaryanas que habitam o alto rio Nhamundá, localizada no Município de Nhamundá- AM e, os Sateré Mawé, que se autodenominam “filhos do guaraná” e habitam as calhas dos rios Uaicurapá, Andirá e Marau localizados nos municípios de Parintins, Barreirinha e Maués respectivamente. O objetivo deste relato é descrever as questões relacionadas à jornada semanal de trabalho a que os profissionais de enfermagem estão submetidos quando estão a serviço no polo base que, e, em tese, estaria acima da jornada permitida em lei. Inicialmente, importa citar a lei Arouca, lei que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as comunidades passaram a ter atendimentos de saúde dentro de suas aldeias, através de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI), que atuam em conformidade aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal modelo de assistência do subsistema foi organizado no chamado DSEI, estruturado observando-se aspectos populacionais, culturais, étnicos, distribuição de terras indígenas e acesso, dentre outros aspectos importantes na delimitação de suas áreas de atuação que se caracterizam como uma rede de serviços regionalizado e hierarquizado, oferecendo cuidados de atenção primária, adequados às necessidades da população indígena. Após a promulgação da referida lei, a responsabilidade de toda a estrutura de atendimento da população indígena passou a ser da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), porém o órgão não tinha estrutura necessária ao atendimento da demanda. A partir daí houve a necessidade de contratação temporária de pessoal através de convênios com Organizações Não Governamentais que passaram a gerenciar os recursos, sob fiscalização da Funasa. Já em 2010, houve a saúde indígena deixa de ser responsabilidade da Funasa e passa a ser da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada com a proposta de coordenar e executar o processo de gestão do subsistema em todo território nacional. O ponto em comum



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

entre Funasa e Sasai, para a continuidade de atendimentos se manteve na forma da terceirização das atividades destinadas aos povos indígenas e assim, a SESAI conveniou-se com as ONG's, que continuaram a gerenciar os recursos destinados à saúde indígena e assim, contratar trabalhadores de diversas áreas da saúde em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para realizarem atendimentos a população indígena. Atuei em todos os polos base do Dsei Parintins. Inicialmente permanecíamos por cerca de quarenta e cinco dias em campo tendo quinze dias de folga. Era muito tempo longe de nossas famílias ou como alguns brincavam, "longe da civilização". Porém, em função do desgaste a que éramos submetidos, esse tempo foi sendo reduzido gradativamente, através de muitas discussões nas reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígenas (CONDISI) que resultaram no entendimento de que os profissionais deveriam permanecer por vinte dias em campo tendo posteriormente dez dias de folga. Tive contratos com várias organizações não governamentais e por último, fui contratado pela Missão Evangélica Caiuá, através do regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para trabalhar no Polo base Vila nova I, Alto Rio Andirá passando vinte dias em campo por dez dias de folga. Contudo, desde aquela época já me perguntava sobre a quantidade de horas em campo sem receber a compensação financeira. A conta era bem simples uma vez que a permanência no polo base era de vinte dias, estando à disposição da comunidade nas vinte e quatro horas por dia, ou seja, em função do serviço, porém, jamais tive este tempo contado como horas extras ou mesmo, a disposição do contratante já que ao final da jornada diária não pode retornar ao seio familiar. Era uma rotina desgastante do ponto de vista físico e psicológico, pois permanecer em locais com infraestrutura inadequada, ou seja, o polo era um provisório definitivo dada a falta de investimento em infraestrutura. Até dezembro de 2013, os trabalhadores de enfermagem tinham dez dias de descanso ininterruptos, mas se contabilizarmos a carga horária dos vinte dias em campo chegaremos a espantosa cifra de quatrocentos e oitenta horas em serviço, ou seja, acima dos limites previstos em lei. Mesmo tendo dez dias de folgas ou duzentos e quarenta horas após o período de campo, continuam a ter carga horária excedente sem necessariamente ter compensação. É necessário salientar que na saúde indígena o atendimento é diferenciado e caracteriza-se exatamente pela permanência dos trabalhadores nos polos para qualquer eventualidade devendo-se, portanto, se chegar a uma solução em relação aos dias de permanência em campo. Talvez, uma das alternativas para sanar esse vazio administrativo e por que não dizer legal, reside na regulamentação das trinta horas para



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

os profissionais de enfermagem e tramita no Congresso Nacional. Só que vem uma pergunta. Como ficarão os trabalhadores caso aprove-se a lei das trinta horas. Com certeza teremos outro problema visto que a nova lei em tramitação não cuida das atividades da enfermagem em terras indígenas e talvez não possa ser aplicada nos Dsei. Diante do abandono histórico do estado brasileiro em prol dos indígenas, é justo que tenham atendimento diferenciado em minha opinião. Porém, do outro lado estão os profissionais de enfermagem que precisam, até por uma questão de sobrevivência, se adaptar a cultura, hábitos e modos de organização bastante diferentes do cotidiano das cidades. Talvez uma das preocupações esteja exatamente na eficiência da execução das ações em saúde realizadas nos polos em detrimento da longa permanência podendo ser fator gerador de doenças e acidentes. A experiência como enfermeiro, adquirida na saúde indígena, me permitiu visualizar a política de saúde indígena e enxergar algumas soluções para se garantir o atendimento nas aldeias dos trinta e quatro distritos sanitários. Acredito fortemente que a limitação da jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem é uma delas e também, a realização de estudos e discussões sobre o tema, visto que o processo de trabalho da enfermagem em saúde indígena, precisa ser olhado com carinho inclusive sobre a possibilidade de verificar a percepção da enfermagem sobre o tema em outros DSEIS do Brasil, para podermos comparar as realidades que, com certeza, são bastante diversas da situação local e assim chegarmos a uma fórmula próxima quem sabe do ideal que seria o limite da jornada prevista em lei. Espera-se com este trabalho lançar novas discussões a cerca dos fundamentos para a limitação da jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem e conseqüentemente, ajustar a carga horária de acordo com a lei geral já que não temos legislação específica sobre o tema, o que refletirá sensivelmente na melhoria na qualidade das atividades realizadas em campo. Enfim, acredito que este relato é apenas e tão somente um disparador para que possamos continuar as discussões sobre o tema limitação da jornada de trabalho em terras indígenas uma vez que o contingente de profissionais de enfermagem é enorme nos trinta e quatro distritos sanitários e essas questões não tem sido abordadas com a seriedade necessária, pois a enfermagem cuida das pessoas, mas, quem cuida da enfermagem?.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Enfermagem; Jornada de Trabalho



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### MORTALIDADE PERINATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Layana de Souza Rebolças, Ilse Sodré da Mota, Maria Suely de Souza Pereira, Sem rimes Cartonilho de Souza Ramos, Ivonne Canseco Canales, Nair Chase da Silva, Maria do Livramento Prata, Arinete V ras Fontes Esteves

**Apresenta o:** A importância teórica   legitimada pela utilidade prática essencial a todas as áreas da ciência. Todavia, o tema sobre mortalidade perinatal, tem sido recomendado como o mais apropriado indicador para a análise da assistência obstétrica e neonatal de utiliza o dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identifica o das a o es práticas de preven o para o alcance da redu o dos elevados números apontadas por esse  ndice. Diante disso, o estudo tem como objetivo identificar nas evidências científicas os principais fatores relacionados à mortalidade perinatal, retratando os aspectos que provocam mudança no cenário atual, no sentido de potencializar a preven o e reduzir os indicadores

**Desenvolvimento:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, com inten o de investigar nos artigos científicos sobre mortalidade perinatal, publicados entre os anos de 2013 a 2017. O método utilizado, propõe um processo de sistematiza o de resultados de pesquisas primárias, afim de analisar os dados e desenvolver uma síntese do conhecimento. Para nortear o estudo foi criada a seguinte questão norteadora: Quais são os principais fatores relacionados à mortalidade perinatal no período de 2013 a 2017? As buscas foram realizadas em novembro/2017, utilizando artigos científicos disponíveis em português e inglês, nas bases de dados BDNF, MEDLINE e LILACS. Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores: "Mortalidade Perinatal", " bito fetal" e " bito neonatal precoce", para a busca avançada destes descritores nas bases foi utilizado o operador booleano AND.

**Resultados e método do estudo:** Seguindo os critérios de inclusão e exclusão para esta revisão, foi selecionado uma amostra de 11 artigos ao total. Após a busca dos dados, obteve-se 11 artigos, para facilitar a compreensão, os artigos selecionados foram identificados numericamente (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11). Dos 11 artigos examinados, seis (54,5%) foram extraídos da base de dados LILACS, tr s (27,3%) da MEDLINE e dois (18,2%) da base

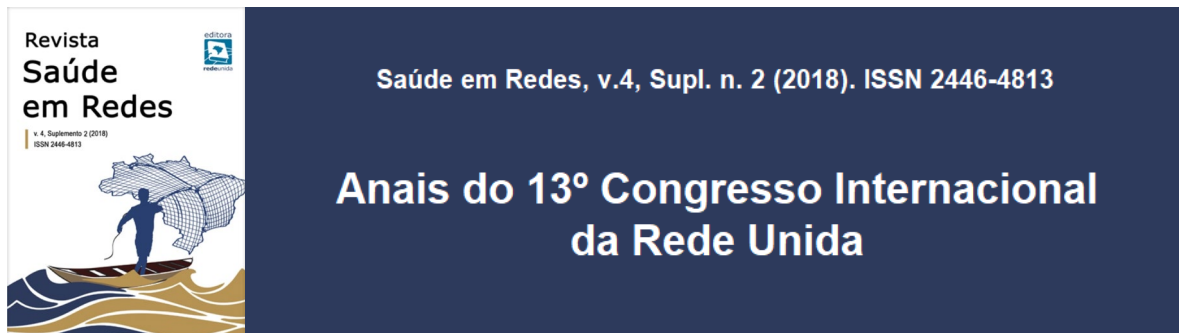


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de dados BDEF; quanto ao país de publicação nove (81,8%) foram publicados no Brasil, enquanto que dois (18,2%) foram publicados na África, os artigos foram distribuídos por ano de publicação, sendo três (27,3%) em 2013, dois (18,2%) em 2014, um (9,1%) em 2015, dois (18,2%) em 2016 e três (27,3) no ano de 2017. Os estudos são todos do tipo descritivo. Todos os 11 artigos, se padronizam em apontar que vários inquéritos foram realizados para obter uma explicação para tal fato e apontaram diversos motivos como: o trabalho de parto prematuro, a malformação fetal, a gestação múltipla na gestação atual, além de prematuridade, muito baixo peso ao nascer e índice de apgar menor que sete no quinto minuto de vida. Além de problemas relacionados à assistência materno-infantil. Os estudos primários incluídos de um a sete foram agrupados na primeira categoria, pois pesquisaram problemas relacionados à assistência pré-natal, parto, nascimento e acesso aos serviços, observando aspectos sociodemográficos e relacionados à gestante e a gestação como fatores predisponentes do risco de óbito perinatal. Impede salientar, a participação da Enfermagem nas produções científicas desta categoria, onde quatro publicações foram em revistas de enfermagem, duas em revistas de saúde pública, e um em jornal pediátrico. Desse modo, as Pesquisas contempladas pela primeira categoria, evidenciam de forma unânime a necessidade de melhorar a assistência a gestante e ao recém-nascido, e mesmo sendo realizadas com metodologias diferentes, elas confirmam e reconhecem a necessidade de haver intervenção com estratégia de enfrentamento para a redução da taxa de mortalidade perinatal.

Quanto às Pesquisas primárias classificadas na segunda categoria que abrange de 8 a 11, pois pontuaram como principais fatores responsáveis pelos óbitos perinatais a prematuridade, partos vaginais, asfixia intraparto, malformações congênitas, imaturidade e as afecções, as publicações referentes a esta categoria foram três em revistas de enfermagem e apenas um em revista de saúde pública. Os estudos primários incluídos nesta revisão sugerem como recomendações: 1) melhoria da assistência materno-infantil, assegurando o acesso oportuno da gestante e neonato a serviços de qualidade; 2) consulta de pré natal de qualidade com controle dos riscos e melhoria da assistência ao parto; 3) necessidade de investimentos direcionados para os serviços de saúde, a formação profissional e a informação das mulheres e da sociedade como um todo; 4) atenção ao pré-natal de qualidade, de forma integral, condições biológicas e socioeconômicas para as mães; 5) Fortalecimento da adesão ao pré-natal, melhora da estrutura do programa, garantia do transporte da equipe da Estratégia



Saúde da Família, e o preenchimento de documentos incompletos (fichas de investigação de óbitos e declarações de óbito); 6) uso de cuidados pré-natais, de mosquiteiro devido a malária e suplementação de ferro durante os três primeiros meses gravidez; 7) necessidade de uma busca mais aprofundada da causa da morte;. E os estudos da categoria B: 8) identificação de fatores de risco para auxiliar no planejamento de ações para consolidação da rede perinatal, implementação de programas específicos devem ser incentivados na busca de resultados perinatais expressivos, como a redução da mortalidade neonatal; 9) atenção especial nos serviços de saúde de pré-natal, parto e puerpério, intervenções de qualidade em tempo oportuno; 10) mostra que é elevada a ocorrência de óbitos fetais e neonatais entre as pacientes com near miss materno; 11) necessidade de planejamento e execução de ações para promoção da saúde aponta a necessidade de planejamento e execução de ações para promoção da saúde e prevenção dessa mortalidade da saúde.

**Conclusões:** É necessário avaliar a qualidade dos estudos, para fazer o devido apontamento do que deve ser melhorado para a mais perfeita compreensão dos achados e então propor sugestão de intervenção, no que diz respeito ao problema investigado. Nesse sentido, foi observado que as taxas de mortalidade perinatal no Brasil e na África do Sul são ainda muito elevadas, mas que podem ser prevenidas por meio de ações políticas voltadas e direcionadas para a promoção e a prevenção deste agravo à saúde pública. Foi também considerado que a correta atuação dos enfermeiros pode contribuir significativamente para a identificação de todos estes fatores, possibilitando o acompanhamento durante o pré-natal, parto e nascimento com qualidade, bem como a qualidade das informações. Portanto, recomenda-se que a investigação dos óbitos perinatais, deve ser incentivada por meio de estudos em nível local e regional, em virtude da grande diversidade dos eventos observada em todos os estudos. Nesse contexto, a classificação de Wigglesworth representa uma proposta a ser incorporada nos serviços de saúde de análise simples, com enfoque na evitabilidade dos óbitos perinatais e em sua relação com a qualidade da assistência, o que pode facilitar o monitoramento para planejar as intervenções que mudarão todo este catastrófico cenário de mortes perinatais e, que de fato, possam ser aplicadas transcendendo a simples e repetidas indicações de solução para o problema, como é feito em todos os estudos abordados como objetos desta pesquisa.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Mortalidade perinatal; óbito fetal; óbito neonatal precoce.



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

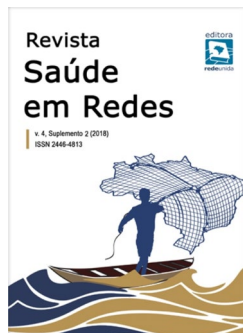
## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CURSO TÉCNICO EM GERÊNCIA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Valdirene Silva Pires Macena, Catiucia Aparecida Silva, Halex Mairton Barbosa Gomes e Silva, Nagele Maria Garcia Hadid, Renata Moraes Correa, Silvana Aparecida Ferraz, Valdinei Pereira de Souza, Pedro Augusto Pacheco de Miranda, Deisy Adania Zanoni, Davi de Oliveira Santos

INTRODUÇÃO A Atenção Básica (AB) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ela oferta integralmente e gratuitamente os serviços de saúde a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Portanto, para melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos usuários na Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ - AB) com o objetivo de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta do programa é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Para a consolidação os trabalhos realizados aos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ - AB) eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Neste contexto, denota-se que para ser gerente, se faz necessário planejar, controlar e avaliar a implementação de programas de saúde para atender de forma integral e equânime todos os usuários do Sistema Único de Saúde. Quando os gerentes em saúde são capacitados eles adquirem autonomia para gerenciar os serviços e as unidades de saúde de forma mais humanizada, colaboram para desenvolver projetos de gestão em saúde, realizam

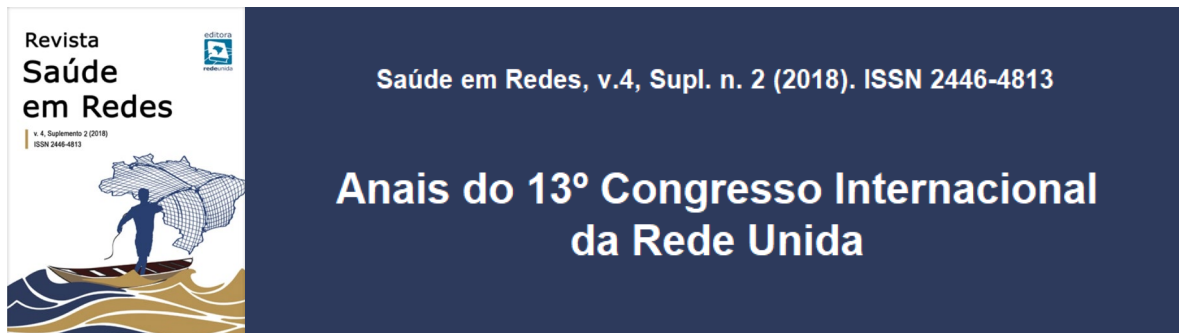




Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estudos de custos e viabilidade, realizam previsão e provisão do sistema de estoque, compras e distribuição de material sem causar desperdícios aos cobres públicos e alimentam estatísticas de indicadores de saúde. OBJETIVO Motivar os gerentes em saúde a realizarem o curso de capacitação para reestruturar o Sistema Único de Saúde de forma empreendedora para inovar as ações de coordenação e gerência das unidades de saúde. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA Trata-se de um relato de experiência vivenciado por 07 docentes do Curso Técnico em Gerência de Saúde e por 03 avaliadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ - AB) no Estado de Mato Grosso do Sul. RESULTADOS E/OU IMPACTOS Compreende-se que gerenciar as unidades de saúde na Atenção Básica não é uma tarefa fácil porque exige preparo prévio dos profissionais de saúde que irão atuar como gerentes nos estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS. Para ser gerente em saúde, o profissional necessita receber instruções para consolidar melhorias nas unidades, diminuir gastos públicos, reduzir a insatisfação dos usuários, conhecer as particularidades do Sistema Único de Saúde e saber direcionar os usuários de alta e média complexidade às Redes de Atenção à Saúde. Sabendo das competências e habilidades exigidas para o cargo de gerência em saúde, verificou-se nas observações que os gerentes inseridos na Atenção Básica no Estado de Mato Grosso do Sul, enfrentam vários nós-críticos: 01) Os cargos de gerência são por indicação política; 02) Conforme a gestão municipal há uma grande rotatividade de gerentes; 03) Embora a Secretaria de Estado de Educação do Estado de Mato Grosso do Sul ofertar gratuitamente o Curso Técnico em Gerência de Saúde à comunidade, observa-se nos cursos que não há o interesse dos gerentes das unidades em participar. Este fato é um aspecto negativo para fortalecer a Atenção Básica de Saúde no Estado porque gerenciar não é apenas representar a unidade, mas sim, conhecer como funciona o Sistema Único de Saúde na íntegra, compreender que para promover, proteger e recuperar a saúde dos usuários e realizar o controle social é preciso conhecer as Leis Orgânicas do SUS: 8.080/1990 e 8.142/1990, buscar implantar a Política Nacional de Humanização (PNH) no dia-a-dia de trabalho, estar comprometido com a sua comunidade, saber realizar Educação em Saúde aos usuários mais vulneráveis ao risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis, identificar as atribuições de cada profissional de saúde. Enquanto avaliadores do PMAQ observou-se que a figura do gerente nem sempre existe na Atenção Básica, e, quando tem o gerente a maioria das vezes são cargos políticos. Ao avaliar



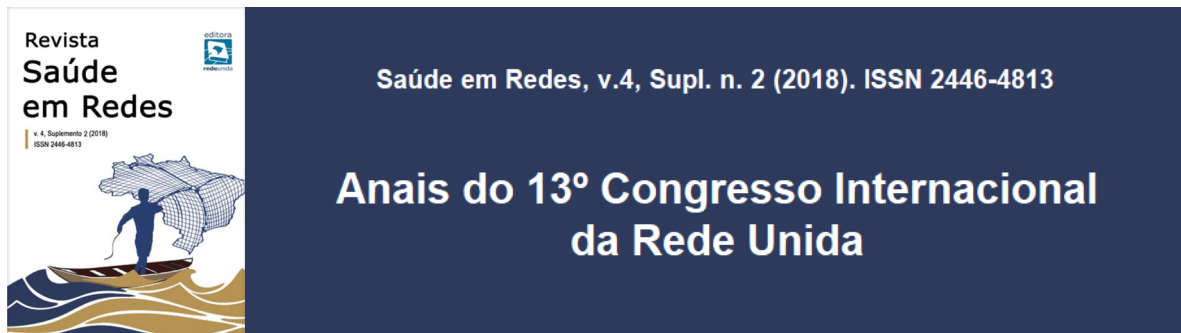
as unidades, notou-se pouco preparo e interesse do mesmo em relação as suas funções, gerando certo comodismo e falta de comprometimento em buscar capacitações, treinamentos e oficinas que viriam com o intuito de elucidar o seu papel enquanto gestor.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** Espera-se que através do curso de capacitação, os gerentes técnicos em saúde, recebam uma formação adequada voltada à saúde pública, adquirindo uma maior compreensão dos desafios a serem enfrentados e de uma gestão transparente, compreendo a necessidade do emprego correto dos recursos financeiros e de recursos humanos sempre levando em consideração o cliente que receberá o resultado desta boa gestão em formato de uma assistência humanizada, esperando também uma gestão participativa que envolva toda a equipe nas tomadas de decisões, pensando sempre no coletivo, na equipe multiprofissional que tem muito a contribuir no processo de gerenciamento das unidades de saúde, e o gestor que não se põe no papel de chefe, mas, que se coloca como líder, saberá utilizar de todos os recursos a ele disposto empregando da melhor maneira, criando um ambiente prazeroso para o desempenho de suas funções, valorizando a sua equipe, criando empatia e demonstrando cuidado com a satisfação do servidor e não apenas dos usuários, levando sempre em consideração a participação popular através dos conselhos, sendo assim refletirá em uma gestão que servirá de exemplo a seu município, estado e a nível federal, pois bons exemplos de gestão devem ser multiplicados, e procurando sempre aprimorá-los.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Portal Saúde, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 out. 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pmaq>>. Acesso em: 15 dez. 2017.



BRASIL. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, seção 1, nº 183, set. 2017. p.68.

Palavras-chave: Gerente em saúde; Atenção Básica; Curso de capacitação.



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

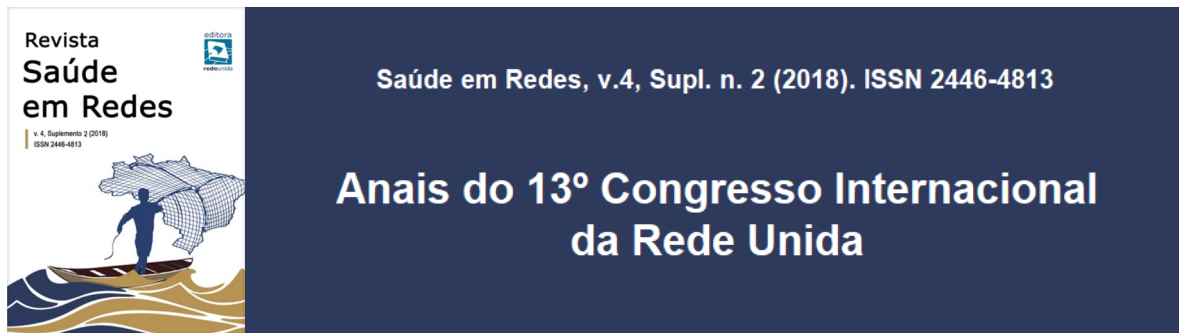
## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A CRIATIVIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE ESCASSEZ DE INSUMOS HOSPITALARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lie Tonaki, Marcela Catunda de Souza Michiles, Alessandra Cristina da Silva

**Apresentação:** Durante o cumprimento das aulas práticas hospitalares previstas na graduação de enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), em que estabelece parcerias com os serviços de saúde pública do estado, foi possível perceber, através de observações empíricas, que no decorrer de todas as vivências existe criatividade da equipe de enfermagem ao modificar os recursos materiais disponíveis para que seja utilizado de maneira adaptativa, com uma outra finalidade, pois há escassez do material ideal. Com o objetivo de suprir carências e garantir uma mínima qualidade na assistência em saúde, reforça-se, então, que a criatividade é um instrumento básico para atuação do enfermeiro, principalmente durante a assistência. Dessa maneira, a necessidade surge a partir do contexto em que esses profissionais estão inseridos, como a precarização das condições de trabalho, evidenciado pela escassez de insumos hospitalares e déficit dos recursos humanos, que é onde a criatividade se torna imprescindível para prover meios que assegurem o oferecimento do cuidado. Assim, objetiva-se com este, relatar as adaptações e criatividade da equipe de enfermagem observadas durante as aulas práticas hospitalares perante a escassez de insumos hospitalares.

**Desenvolvimento do trabalho:** Mediante as dificuldades e situações problemáticas vinculados à dinâmica assistencial, identificou-se diversas adaptações e criatividade para manutenção do objetivo esperado, sendo visível a atenção, prudência e dedicação da equipe de enfermagem para com os pacientes e ao cuidado, promovendo, restaurando e estabelecendo a saúde, propiciando o conforto e o bem-estar, livre de danos. Ao longo dos anos, a assistência hospitalar tem passado por mudanças, essas afetam diretamente os profissionais da saúde que estão beira-leito, ou seja, a equipe de enfermagem. Uma vez que equipamentos, instrumentais e materiais, são ferramentas imprescindíveis para mediar o cuidado e a sua qualidade no atendimento, no entanto, esses recursos frequentemente estão se tornando insuficientes ou até inexistentes nas instituições para a finalidade em que a demanda pelo cuidado se necessita, sendo a criatividade do enfermeiro, a resolutividade de



tais necessidades. Dessa maneira, trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo e descritivo, acerca da criatividade da equipe de enfermagem perante escassez de insumos hospitalares, sendo baseado em experiências das aulas práticas hospitalares correspondentes do 3º ao 6º período da graduação, de 2016 a 2017, nos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) e em Hospitais públicos especializados e prontos-socorros de Manaus - AM.

Resultados e/ou impactos: Foi possível detectar em todos os campos de estágio a necessidade de adaptação para solucionar temporariamente a carência quantitativa e qualitativa dos recursos materiais indispensáveis para assegurar a assistência em saúde. Observam-se adaptações desde procedimentos simples, à procedimentos complexos como vistos em salas de cirurgia. Foram identificados as seguintes situações: garroteamento do membro com a luva de procedimento para realização de punção venosa; utilização de toucas hospitalares em substituição das compressas de gaze abdominal para realização do banho no leito; uso de micro-ondas para aquecer fluidos quando não há o funcionamento ou ausência da chocadeira eletrosospitalar; customização de coxim com ataduras para evitar lesões por pressão; utiliza-se na falta de campo fenestrado, também compressas de gaze abdominal estéril em procedimentos como passagem de sonda; já para a realização de exercícios respiratórios ao longo do dia, utiliza-se o recipiente do soro fisiológico, conectado a um equipo e uma seringa sem o êmbolo, nesta, o paciente assopra com o objetivo de visualizar a formação de bolhas de ar no líquido do soro, exercendo assim força dos pulmões e músculos respiratórios; e para aquecer as extremidades, utiliza-se algodão ortopédico e atadura, principalmente de pacientes em pós-operatório imediato; foi visualizado o uso do avental descartável (capote) como cobertor para pacientes hipotérmicos; também em pacientes hipotérmicos, fazia uso de luva de procedimento preenchida com água natural, e aquecida em micro-ondas, para realização de compressa morna; na falta de biombo faz-se uma proteção visual amarrando as extremidades do lençol em suportes de soro; já na falta de sonda vesical de alívio, foi visto a utilização de uma sonda nasogástrica para resolver o bexigoma e o desconforto a nível urinário; dentro do centro cirúrgico houve a criação de um sistema de “torneira” pois o frasco do degermante Polvidine foi conectado ao sistema de drenagem ativa de sucção, em que ao pisar na sanfona do dreno que continha ar, acontecia uma pressão positiva no sistema que promovia a saída do degermante em jato, evitando com



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

isso, manipular o frasco com as mãos e a contaminação; foi visto o uso de luva de procedimento preenchida com ar, em formato de balão, posicionado entre a máscara de oxigênio e o tórax do paciente, para equilibrar, segurar a máscara de oxigênio em paciente intubado; e em caso de falta de lençol para a mesa de cirurgia, utilizavam o tecido que envolve a caixa de instrumentos cirúrgicos estéreis para a realização da mesma. Tais ações evidenciam que a falta de recursos não inviabiliza o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, ao contrário, dão oportunidade para o enfermeiro aprimorar suas técnicas adaptativas a fim de minimizar os impactos dessa situação para superar as adversidades.

Considerações Finais: Em virtude dos fatos mencionados, observa-se que a escassez de recursos materiais da saúde induz o profissional de enfermagem a criatividade e a necessidade de adaptar instrumentos, para que não haja interferência em seu processo de trabalho, garantindo a dinâmica do trabalho de enfermagem adequada, sempre visando realizar a melhor assistência em que a ocasião permitir. Para a completa atuação de um profissional são necessários materiais, e a falta deles nessas situações só demonstrou o comprometimento e consideração que esses enfermeiros possuem diante de sua profissão. A vontade de cuidar perpassa a falta de material e cria profissionais que, diante de tanto obstáculo, são competentes. Evidenciou-se com isso, no contexto vivido, a relevância da criatividade para o cuidar no trabalho da equipe de enfermagem, na qual as adaptações dos materiais, equipamentos e a criatividade, mostram-se como um fator positivo, estratégico, necessário, que asseguram o cuidado e possibilitam a continuidade da assistência no trabalho hospitalar, pois o potencial criativo desses trabalhadores, hoje, emerge não pelo incentivo, mas sim pela necessidade e precariedade do trabalho. As capacidades criativas devem ser exploradas também no contexto acadêmico, de maneira assertiva, pois a realidade nos mostra muitas situações que não temos controle e devemos sempre estar ciente da potencialidade que a criatividade possui. Com isso, pode-se compreender que a criatividade é um elemento essencial na formação do enfermeiro, em que representa um instrumento básico, que proporciona a reflexão diária sobre o cuidado, estimulando o potencial criador dos envolvidos, promovendo a evolução contínua do saber-fazer em enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; criatividade; adaptação;



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERFIL ANTROPOMÉTRICO E PRESSÓRICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA-RS

Alex dos Santos Carvalho, Fausto Pereira de Pereira

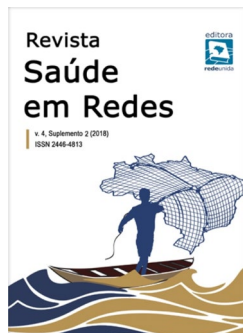
É possível visitar a literatura atual para encontrar vários estudos relacionados a perfil antropométrico, indicadores de pressão arterial, doenças crônicas não transmissíveis, dentre outros (OLIVEIRA et. al. 2015; LIMA et. al. 2016; OLIVEIRA et. al. 2013; COLOMBO e DERQUIN, 2008; FERRAZ e AERTS, 2005). Porém, ainda não se tem muita informação sobre esses dados em profissionais da área da saúde, principalmente nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas estas que lidam diariamente com vários tipos de doenças, sejam elas transmissíveis e não transmissíveis, são estes trabalhadores quem realmente tem o contato diário com esse público, tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto dirigindo-se em suas casas, nas visitas domiciliares.

No estudo de Porto et. al. (2016), foram identificados achados que sugerem que estes indivíduos reconhecem os riscos à sua saúde, sobretudo a partir dos indicadores morfológicos, mas ignoram a importância de manter valores relacionados a pressão arterial adequados e de ter uma prática regular de Atividade Física (AF) com o intuito de postergar o surgimento de alguma condição crônica, maléfica ao organismo, o que poderá influenciar na sua autopercepção da saúde num futuro não muito distante. Contudo, devemos lançar um olhar profundo nesta população, pois, além de darem instruções de saúde à população, eles também deveriam cuidar de sua própria saúde, e em muitos casos vemos que isto não vem ocorrendo.

Esta é uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo e transversal.

Quantitativa: Pois ela traduz em números as opiniões e informações adquiridas para serem classificadas e analisadas no referido estudo. Utilizam-se de técnicas estatísticas (RODRIGUES, 2007).

Descritiva: Pois, segundo Gaya (2008) a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entretanto, entrar no mérito de seu conteúdo. Na pesquisa descritiva não há interferência do investigador, que apenas procura perceber, com o necessário cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A População da pesquisa segundo a Secretaria de Saúde do município de Uruguaiana é de 105 ACS que encontram-se em atividade atualmente no 2º semestre de 2017, e a amostra foi composta por 61 ACS trabalhadores nas ESFs do município de Uruguaiana-RS, totalizando 58% da população geral, dando mais veracidade e validade aos nossos dados. Os demais ACS não demonstraram interesse em participar, ou não se encontravam presentes nas ESFs no momento da coleta dos dados.

No estudo realizamos avaliação antropométrica da região da cintura e do quadril, a avaliação do IMC, através da altura e do peso, e ainda, a aferição da pressão arterial dos ACS no momento da coleta dos dados. As avaliações foram realizadas no próprio local de trabalho dos ACS, ou seja, nas ESFs.

Foram utilizados como matérias de avaliações, 1 (uma) balança da marca “Omron HBF 214 Digital”, para até 150 Kg. A estatura foi aferida com estadiômetro de parede, que estão presentes em todas as ESFs. O IMC foi calculado com as medidas de massa corporal e estatura. Os pontos de corte de IMC adotados foram os preconizados pela Organização Mundial da Saúde, (1997). A RCQ foi calculada a partir da divisão do valor obtido na circunferência de cintura pela da circunferência de quadril, medidas estas obtidas com o uso de 1 (uma) fita métrica de 1,5 metros, exclusiva para avaliação de medidas antropométricas. Os pontos de corte adotados foram os preconizados pela Organização Mundial de Saúde (2000).

Para a mensuração da pressão arterial, foi utilizado o método auscultatório com auxílio de Esfigmomanômetro aneróide da marca “G-TECH/Premium”, com Estetoscópio ESFHS50, certificados pelo “Inmetro”, após o avaliado manter repouso na posição sentada por cerca de 5 minutos. A classificação dos resultados encontrados foi realizada segundo critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). Também foi perguntado se o avaliado possuía alguma doença crônica não transmissível.

Através das verificações de massa corporal e estatura para a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), podemos destacar que o valor mínimo encontrado na amostra foi de 19,4 kg/m<sup>2</sup> e o valor máximo foi de 46,8 kg/m<sup>2</sup>, onde destacamos que a média geral do IMC da amostra, foi de 28,1 kg/m<sup>2</sup>. Destacamos que no estudo, apenas 16,39% dos ACS estão no peso adequado, segundo a tabela da organização mundial de saúde, 24,59% estão levemente acima do peso. Um dado que nos preocupa é que 32,79% estão com grau I de





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

obesidade e 26,22% da amostra estão em níveis de obesidade graus II e III, que os coloca em níveis altos de risco para a qualidade de vida e saúde.

Corroborando com a pesquisa (ANJOS, 2006) onde, aproximadamente 50% da população brasileira apresentam algum grau de excesso de massa corporal (sobrepeso/obesidade) segundo o Índice de Massa Corporal – IMC, o que coloca ao Brasil um sério problema nutricional. Segundo Monteiro e Conde (2000), o aumento dos índices de obesidade tem sido atribuído aos rápidos declínios no gasto energético dos indivíduos decorrentes das mudanças dos hábitos de vida e de trabalho, com a redução da atividade física e predomínio das ocupações que demandam menor esforço físico.

Em relação aos fatores de risco referente à Relação Cintura x Quadril, destacamos em nosso estudo, que a maioria, 55,74% dos ACS tem alto risco de adquirir doenças cardiovasculares, e apenas 44,26% da amostra encontra-se no grupo de baixo risco, segundo o Ministério da Saúde.

Estudos prospectivos mostram que a gordura localizada no abdômen é fator de risco para doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, o maior risco de morbidade e mortalidade quando não tratadas essas alterações (REZENDE et al., 2006). O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal correlaciona-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, principalmente com níveis elevados de triglicérides e reduzidos de HDL e o aumento do LDL, apresentando maior impacto sobre a elevação da Pressão Arterial.

Através da variável, pressão arterial, observamos que 44,26% da amostra encontra-se com níveis de pressão normal, 26,23% têm os níveis baixo de pressão arterial, 9,84% estão classificados como limítrofe e 19,67% dos ACS, estão com níveis considerados de Risco (Hipertensos, estágios 1, 2 e 3) segundo o Ministério da Saúde.

Corroborando com a nossa pesquisa, Contanzi et. al. (2009), dizem que a hipertensão arterial tem atingido cerca de 30% dos indivíduos adultos em nosso país. Constituindo-se entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam mortes. Ainda segundo os autores, estudos têm apresentado indícios de que a hipertensão arterial sistêmica no adulto é uma patologia que se pode iniciar durante a infância.

Neste mesmo sentido, Porto et. al. (2016) encontram em seu estudo níveis parecidos, onde 56% foram considerados com pressão arterial ótima e 44% não ótima.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A hipertensão arterial é considerada como uma doença que associa-se a um agregado de distúrbios metabólicos, entre eles estão: a obesidade, o aumento da resistência a insulina, o diabetes mellitus. Segundo Nascente e colaboradores (2010) estudos epidemiológicos tem identificado a associação positiva da hipertensão arterial às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

Palavras-chave: PERFIL ANTROPOMÉTRICO; PRESSÃO ARTERIAL; AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ANALISE NUTRICIONAL COMO FATOR DE RISCO A SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE URUGUAIANA-RS

Alex dos Santos Carvalho, Fausto Pereira de Pereira

Em se tratando da transição nutricional, fenômeno epidemiológico ao qual vários países como o Brasil e demais países em desenvolvimento, caracteriza-se pela coexistência da desnutrição, excesso de peso, dislipidemias e outras doenças e agravos não-transmissíveis, como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doenças cardiovasculares. Neste sentido, o que tenhamos observado no tempo em que se assiste à redução contínua dos casos de déficit nutricional, observamos um grande aumento das prevalências de excesso de peso e, mais precisamente, de obesidade mórbida (COUTINHO, GENTIL e TORAL, 2008).

Esta é uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo e transversal.

Quantitativa: Pois ela traduz em números as opiniões e informações adquiridas para serem classificadas e analisadas no referido estudo. Utilizam-se de técnicas estatísticas (RODRIGUES, 2007).

Descritiva: Pois, segundo Gaya (2008) a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entretanto, entrar no mérito de seu conteúdo. Na pesquisa descritiva não há interferência do investigador, que apenas procura perceber, com o necessário cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece.

A População da pesquisa segundo a Secretaria de Saúde do município de Uruguaiiana é de 105 ACS que encontram-se em atividade atualmente no 2º semestre de 2017, e a amostra foi composta por 61 ACS trabalhadores nas ESFs do município de Uruguaiiana-RS, totalizando 58% da população geral, dando mais veracidade e validade aos nossos dados. Os demais ACS não demonstraram interesse em participar, ou não se encontravam presentes nas ESFs no momento da coleta dos dados.

Para explicar os procedimentos avaliativos e pedir a autorização dos avaliados foi encaminhado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi detalhado todos os procedimentos que seriam adotados, bem como, dados gerais da pesquisa, informações relevantes dos avaliadores.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Através do questionário aplicado aos ACS, sobre quantas vezes no dia se alimentavam, incluindo nessas refeições café da manhã, almoço, lanches e janta, observamos que 57,38% se alimentam até 4 vezes ao dia, 27,87% 3 vezes ao dia, 13,11% se alimentam 5 vezes ou mais ao dia. Um dado interessante de se ressaltar é que 1,64%, ou seja, um indivíduo enfatizou se alimentar apenas 2 vezes ao dia. Quando lhes foi perguntado sobre o consumo de sal e alimentos condimentados no seu dia a dia, observamos que a maioria 60,66% consome sal regularmente em sua alimentação, ou seja, tem um consumo médio, nem muito exagerado e nem tão pouco. 18,03% relataram um alto consumo do sal e alimentos condimentados e 21,31% disseram não consumir esse tipo de alimentação diariamente, ou seja, consumo mínimo.

Diferente do estudo de Horta et. al. (2011), onde observou-se consumo excessivo de açúcar, óleo vegetal e sal por 63,6% dos avaliados. A análise do registro alimentar, por sua vez, demonstrou redução significativa do consumo calórico e de sódio. Fatores esses importantes para uma boa alimentação, que de fato, não vem ocorrendo por essa população em ambos os estudos. Presente a isto, sugiro uma próxima investigação sobre hábitos alimentares, e que se utilize de um questionário apropriado para tal, podendo assim ir mais afundo neste quesito.

Em relação ao percentual de fumantes nesse ambiente de trabalho, encontramos que 80,33% disseram nunca haver fumado, e 19,67% enfatizaram já terem fumado ou que fuma atualmente. Destes que afirmam serem fumantes, 28,57% fumam a menos de 6 anos, 28,57% fumam de 6 a 15 anos e 42,86% tem esse hábito a mais de 15 anos. Analisando outros estudos, vemos que em diferentes áreas de trabalho, o índice de tabagismo vem diminuindo há um tempo (CANTOS et. al. 2004), e corroborando com nossa pesquisa, o estudo de Chaves et. al. (2015) investigou que 95% de seus investigados dizem não para o tabaco e apenas 5% disseram sim.

Já em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, foi encontrado que a maioria dos ACS, 59,02% relataram que bebem às vezes, socialmente. 39,34% disseram que não tem o hábito de beber, e 1,64% assumiram que sempre bebem. Neste sentido, percebemos revisando a literatura que os índices para bebidas alcoólicas vêm aumentando consideravelmente. Castanha e Araujo (2006) enfatizam que deve haver um modo a fornecer embasamento para os gestores em saúde, no intuito de minimizar o uso abusivo do álcool, uma vez que se trata



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de uma droga dita ilícita, e acessível economicamente e de uso aceitável na sociedade brasileira.

Com relação à prática de atividade física em horário de lazer, podemos analisar que 63,93% da amostra não praticam atividade física e apenas 36,07% enfatizou fazer alguma atividade física de lazer. Semelhante ao estudo de PORTO et. al (2016), onde 35,3% foram considerados fisicamente ativos e 64,7% foram considerados irregularmente ativos. Destes que praticam atividade física de lazer, encontramos atividades como a caminhada com 56,52%, às atividades de academia, como musculação, jump e ginástica ficaram com 21,74%, já a natação com apenas 8,70% e 13,04% para outras atividades, como futebol, rugby, bicicleta, etc. Ainda nesse quesito, lhes foi perguntado sobre quantas vezes na semana praticavam estas atividades, onde encontramos que a maioria 54,55% praticam atividade de 3 a 4 vezes por semana, 18,18% 5 ou mais vezes na semana, e 27,27% 1 ou 2 vezes na semana.

Outro dado importante salientar, é que quando questionados sobre possuir alguma doença crônica, 70,49% enfatizaram não possuir nenhum tipo de doença e 29,51% afirmaram ter alguma doença crônica. Destes que afirmaram ter alguma doença crônica, grande maioria enfatizou a hipertensão 68,42%, 21,05% disseram ter asma, 5,26% falaram depressão e o mesmo valor para diabetes 5,26%. No estudo de Chaves et. al. (2015), observou-se uma alta prevalência de hipertensão arterial (20,3%), dislipidemias (9,4%) e diabetes mellitus (4,7%), se comparada a outros estudos, considerando a média de idade da população, vemos que este é um dado a ser observado com cautela.

Através das verificações de massa corporal e estatura para a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), podemos destacar que o valor mínimo encontrado na amostra foi de 19,4 kg/m<sup>2</sup> e o valor máximo foi de 46,8 kg/m<sup>2</sup>, onde destacamos que a média geral do IMC da amostra, foi de 28,1 kg/m<sup>2</sup>. Destacamos que no estudo, apenas 16,39% dos ACS estão no peso adequado, segundo a tabela da organização mundial de saúde, 24,59% estão levemente acima do peso. Um dado que nos preocupa é que 32,79% estão com grau I de obesidade e 26,22% da amostra estão em níveis de obesidade graus II e III, que os coloca em níveis altos de risco para a qualidade de vida e saúde.



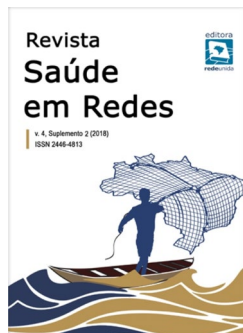
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ANÁLISE DO GERENCIAMENTO DE RISCOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM DO PARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

reconhecer a importância da gestão e gerenciamento em enfermagem nos serviços de saúde 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



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Notificações de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações 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.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### Palavras-chave

gerência de riscos, enfermagem, assistência segura



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E O SISTEMA DE GARANTIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE AOS MENINOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Adriane Andrade Costa, Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

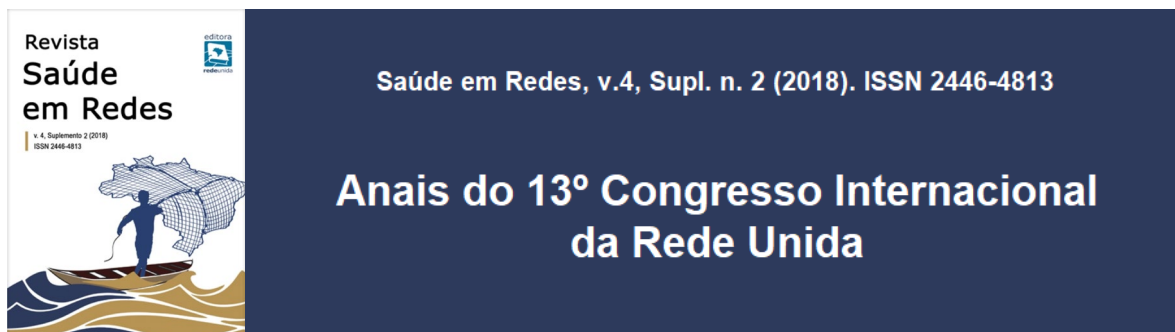
Este trabalho é parte de dissertação de mestrado que versa sobre contato sexual entre meninos que são acompanhados nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Seu objetivo é demonstrar como a rede de proteção à criança e ao adolescente se organiza para atender as vítimas violência sexual bem como interromper o ciclo da violência e restituir seu direito violado. O enfoque nos meninos vítimas de violência sexual está relacionado a incidência cada vez maior deste público como vítimas e da tímida produção teórica voltado a esta temática no Brasil. Dados do Disque Direitos Humanos – disque 100, da Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, referentes as denúncias recebidas em 2016 relativas à violência sexual contra crianças e adolescentes demonstram que 39% destas tinham os meninos como vítimas. Num estudo de revisão de literatura realizado em 2015 em três bases de dados nacionais (COSTA, 2017), verificou-se que apenas 4 artigos foram publicados com a temática de meninos vítimas de violência sexual. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento (Brasil, 1990). Para efeitos desta lei, considera-se criança a pessoa com doze anos incompletos e adolescente aquele entre doze e dezoito anos. Esta lei preconiza que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público a garantia da efetivação dos direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal de 1988 e das prioridades estabelecidas pelo ECA. O artigo 5º aponta que nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de qualquer forma de negligência, exploração, violência, opressão, crueldade e discriminação e, no artigo 6º, é afirmada a necessidade de se levar em consideração os fins sociais a que esta lei se dirige (Brasil, 1990). Sabemos que, desde a Constituição Federal de 1998, as crianças e os adolescentes alcançaram o status de sujeitos de direito. Para alcançar a garantia da efetivação desses direitos, foram criados alguns mecanismos reguladores, dentro os quais os de controle social, que militam em proveito do zelo e da implementação de tais diretrizes. Foi neste processo que o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do



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

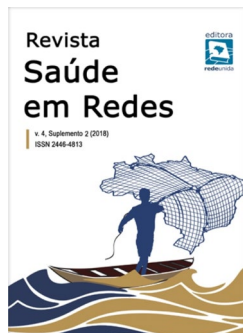
## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

adolescente foi pensando. Em abril de 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), publicou sua Resolução nº 113, dispondo sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGD). O SGD articula-se com as políticas intersetoriais de promoção e proteção à criança e ao adolescente, especialmente nas áreas de assistência social, educação, saúde, segurança pública, judiciário, dentre outros, primando pela proteção de seus direitos e os restituindo quando necessário. As estratégias adotadas para a garantia da efetivação dos direitos da população infanto-juvenil incluem a “efetivação dos instrumentos normativos próprios”, “a implementação e fortalecimento das instâncias públicas” e a “facilitação do acesso aos mecanismos de garantia de direitos” (BRASIL, 2006, p. 3), tendo como eixos estratégicos de atuação a defesa e a promoção dos direitos humanos e ainda o controle da sua efetivação. Para o que este trabalho se propõe a discutir, importa enfatizar a estratégia da promoção dos direitos humanos, operacionalizada através de políticas públicas transversais e intersetoriais que promovam o atendimento dos direitos da criança e do adolescente. Ressalta-se também as políticas intersetoriais que acompanham a criança e ao adolescente quando seu direito é posto em risco ou mesmo violado. Faleiros (1998) discute o conceito de rede de proteção sinalizando que esta é composta por várias instituições que visam atender crianças e adolescentes em situação de risco pessoal. Este pode ser configurado nas situações de ameaça ou violação de direitos, materializados em ocorrências de abandono, negligência, maus-tratos, situações de rua, trabalho infantil, violência física, psicológica ou sexual, exploração sexual comercial, ou seja, subjugações que potencializem e/ou acarretem prejuízos físicos e emocionais. Ao tomar conhecimento de um caso de suspeita ou confirmação de abuso sexual, é necessário conhecer como a rede está organizada, como estão definidas as atribuições de cada órgão ou serviço que atua direta ou indiretamente na rede de garantias de direitos e na proteção, para o atendimento e o acompanhamento da criança e do adolescente. Em seu artigo 87, inciso III, o O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) ao sinalizar as diretrizes de atendimento especializado as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual preconizam que estes atendimentos devem ser realizados em locais especializados e com equipe multiprofissional capacitada para este atendimento. Este atendimento especializado também pode ser ofertado nos nos Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À fome define o CREAS como um serviço



que atende indivíduos e suas famílias em risco ou violação de direitos, ofertando atendimento e atuando no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes visando à proteção e à garantia integral de direitos da população infanto-juvenil (BRASIL, 2011). O CREAS pode ser compreendido como um dos articuladores da rede de serviços socioassistenciais com os serviços das demais políticas públicas intersetoriais que integram o SGD e os movimentos sociais (LEITÃO, 2016). Diante da escassez de estudos brasileiros sobre a violência sexual contra meninos, a atuação profissional de psicologia torna-se um grande desafio uma vez que o referencial técnico-científico e metodológico é quase inexistente. Isso associado ao fato de que o atendimento preconizado no SUAS e especificamente no CREAS, não privilegia abordagens diferentes para meninos e meninas vítimas de violência sexual (COSTA, 2017). Nota-se que a diferença entre meninas e meninos vítimas de violência sexual não é tão grande (em termos quantitativos/estatísticos) para justificar a carência de estudos sobre meninos vitimizados no Brasil. Isso pode nos indicar a necessidade de maior visibilidade social sobre a violência sofrida por meninos para que os profissionais e a sociedade possam reconhecer esses casos também como um problema de saúde pública, como ocorre com as meninas; e possibilitar espaços de atendimento/escuta qualificados, para estes meninos que novamente tem seus direitos violados ao não receberam a atenção especializada e direcionada de que necessitam e ao não se levar em consideração as diferenças de gênero nas possíveis consequências a médio e longo prazo em decorrência da violência sofrida (COSTA, 2017).

Palavras-chave: Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente; CREAS; Violência Sexual contra meninos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DE UM CURSO DE REDAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELÉM

Willame Oliveira Ribeiro Junior, Marcos José Risuenho Brito Silva, Eliza Paixão da Silva, Ana Clara Lima Moreira, Joeldo do Nascimento Lima, Aliny Cristiany Costa Araújo, Glenda Keyla China Quemel, Diully Monteiro Siqueira

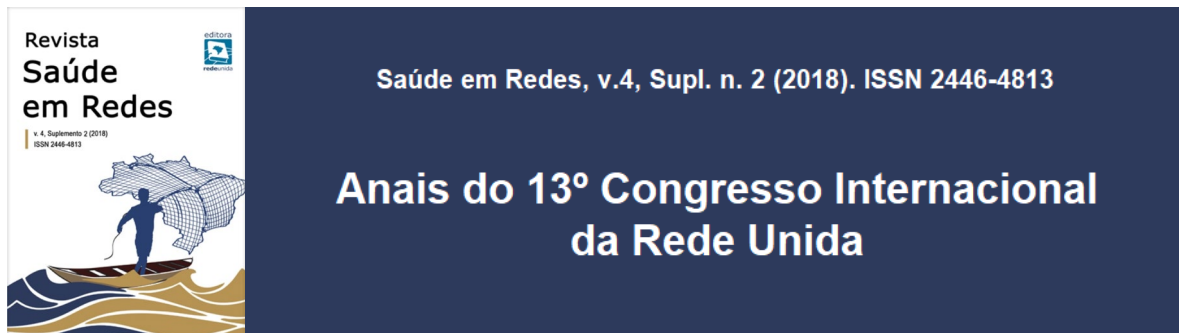
Apresentação: As Práticas Integrativas e Complementares são compostas por abordagens de recursos terapêuticos e cuidados que possuem um importante papel na saúde do indivíduo em contexto global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem incentivando e fortalecendo o reconhecimento, inserção, e regulamentação destas práticas, produtos e seus praticantes nos sistemas nacionais de saúde. O Brasil as define de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Sua realidade se destaca, pois as PICS estão inseridas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), fortemente estabelecidas na Atenção Primária de Saúde, de forma integrada ao SUS e não à parte, como ainda acontece em outros países. Dentro delas podemos destacar cinco práticas, que são a meditação, aromoterapia, cromoterapia, musicoterapia e massoterapia. A meditação é uma técnica que se apropria da respiração para estabelecer um nível de relaxamento que contribui em diversos fatores como: concentração, melhora o fluxo sanguíneo e dos batimentos cardíacos, além de diminuir os níveis de ansiedade e tensão muscular. A aromoterapia é uma terapia que utiliza óleos essenciais para a promoção e a manutenção da saúde do paciente ou do indivíduo. Hoje em dia ela é utilizada não somente pelos efeitos antivirais, antimicrobianos e anti-inflamatórios, mas também por possuir efeitos sobre os estados emocionais e mentais de quem as utilizam. A cromoterapia utiliza os recursos benéficos que as cores possuem para estabelecer o equilíbrio e a harmonia das emoções, do corpo e da mente. A musicoterapia é a terapia que utiliza a música para atender as necessidades humanas físicas, psicossociais, cognitivas e espirituais dos pacientes. A massoterapia envolve diversas técnicas terapêuticas, cujo objetivo é melhorar a saúde e prevenir alguns desequilíbrios corporais por meio da ação de tocar algumas regiões do corpo, realizando movimentos fortes ou delicados, trabalhando diversos aspectos físicos e mentais de cada paciente. Tais práticas, baseadas em técnicas de massagens estéticas, relaxantes ou terapêuticas inspiradas no oriente e no ocidente, são reconhecidas pela OMS. Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de acadêmicos de enfermagem na promoção de uma semana de ações com o uso de práticas integrativas e complementares em saúde para adolescentes de um curso de redação no município de Belém – PA. Desenvolvimento: Este trabalho trata-se de um relato de experiência, com abordagem descritiva. Foi realizada uma ação em um curso de redação do município de Belém em um período de cinco dias, no turno vespertino, com diferentes turmas de estudantes do ensino médio e de cursos preparatórios para o vestibular que iriam prestar provas para o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) no ano de 2017. As ações realizadas ocorreram em uma sala de aula do curso equipada com uma luz azul, tatames de EVA e contou com cinco etapas associando diversas práticas integrativas para promover relaxamento e o exercício da concentração e respiração dos estudantes e a essência de lavanda foi utilizada nas cinco etapas de forma transversal. Na primeira etapa, foi realizado o acolhimento dos estudantes os quais se organizaram em roda junto com o grupo de acadêmicos de enfermagem que promoviam o espaço, nela foram feitas a apresentação do grupo de acadêmicos, pergunta do nome e faixa etária dos estudantes beneficiados, a explicação do espaço e das terapias que iriam ser realizadas. Na segunda etapa, os acadêmicos ensinaram os métodos de respiração e realizado o exercício de respiração junto com os estudantes. Por conseguinte, na terceira etapa, iniciou-se um espaço de meditação com os estudantes juntamente com uma música de fundo para incrementar no ambiente uma aproximação dos estudantes com o meio natural propício para o estado de meditação. Após o termino da meditação, iniciou-se a quarta etapa, onde o grupo que promovia o espaço iniciou um espaço de musicoterapia no qual foram cantadas músicas acompanhadas de violão para promover aproximação com o meio natural e alegre para melhorar o ambiente para os estudantes presentes. Por fim, foi realizada técnicas de massoterapia nos estudantes para fins de relaxamento. As cinco etapas foram realizadas em todos os dias da ação por meio da metodologia de sessões, cada sessão contou grupos de cinco ou seis estudantes e por dia haviam de três a cinco sessões. Resultados e/ou impactos: Durante a realização das ações, podemos perceber diversos aspectos que as práticas integrativas e complementares trouxeram para os estudantes do curso de redação, visto que é uma faixa da população que carrega uma grande carga de estresse, ansiedade e cansaço devido as longas jornadas de estudos nos colégios e cursos preparatórios para prestarem as provas do ENEM. Na ação foram utilizadas diversas práticas integrativas, dentre elas a cromoterapia por meio da luz azul que possui efeitos fisiológicos que funcionam como calmante e anestésico suave com a



finalidade de diminuir a ansiedade, o estresse e que promovesse relaxamento, criando um espaço ideal para a realização das demais terapias planejadas para a ação; a aromaterapia por meio da essência de lavanda que também possui propriedades sedativas e relaxantes; a musicoterapia com a utilização de músicas de fundo para melhorar a concentração e intensificar as ações relaxantes das outras técnicas; as técnicas de respiração e meditação para um melhor fluxo sanguíneo e oxigenação das células com finalidades calmantes e relaxantes; e a massoterapia com técnicas de massagens, em especial, nas regiões cervical e lombar para diminuir possíveis tensões musculares advindas do estresse e cansaço diário pelo qual eles passam. Associando tais práticas, receberemos bons resultados, pois os mesmos saíram das sessões mais tranquilos, relaxados e com o domínio de técnicas que auxiliavam em sua concentração. Considerações finais: Por meio deste estudo, podemos compreender a importância e os benefícios que as práticas integrativas trazem para quem as utilizam e, atualmente, foram reconhecidas e implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2017. Podemos perceber que o uso das práticas em conjunto, potencializam suas ações de forma significativa. Outrossim, são as diversas formas e contextos as quais elas podem ser inseridas para a busca ou equilíbrio do bem estar da população, desde salas de aulas até hospitais e outros. Além disso, foi possível uma integração da Universidade com os cursos preparatórios do município de Belém fazendo com que evidenciassem os benefícios do uso de tais práticas nas dia-a-dia como técnicas para o auxílio dos estudantes. Por fim, contribui para uma melhor formação do futuro profissional de enfermagem, onde o mesmo possuem diversas técnicas para o cuidar na assistência ao seu paciente.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Promoção da Saúde; Estudantes.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ESPASTICIDADE PÓS-AVC: UM OLHAR DA REABILITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Prisca Dara Lunieres Pêgas Coêlho

**APRESENTAÇÃO:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é resultado da falta de circulação do sangue em uma área do cérebro, que pode ocorrer devido à obstrução ou sangramento cerebral originado a partir de um vaso sanguíneo. Os profissionais de saúde ligados à área de reabilitação desempenham um papel fundamental no estabelecimento de um plano de tratamento de pacientes após um Acidente Vascular Cerebral com base no diagnóstico médico e funcional. O AVC pode afetar diversas regiões do cérebro, comprometendo algumas funções, sendo assim, o paciente pós-AVC pode apresentar: alteração na mobilidade; como consequência da rigidez muscular e da incapacidade para se movimentar, a dor também pode surgir; ao afetar o sistema nervoso central, o AVC pode originar sequelas no sistema intestinal e urinário em que o indivíduo perde o controle de suas necessidades fisiológicas; dificuldades para falar e/ou escrever, para expressar o que pensa e para utilizar números; o paciente pós-AVC também pode sofrer com depressão; alteração de cognição; a interação com amigos e familiares pode se tornar difícil por conta de toda a mistura de sentimentos e adaptações necessários para recuperar a qualidade de vida do paciente; e pode apresentar também a espasticidade, que consiste na tensão ou rigidez de alguns músculos e na incapacidade de controlá-los, podendo surgir até um ano após o AVC. Portanto, a correta avaliação de cada uma delas é importante para a tomada de medidas de reabilitação. Evidências clínicas mostram que os benefícios são significativos quando os pacientes iniciam o tratamento precoce da espasticidade pós-AVC, pois após seis meses de AVC, mais de 40% dos pacientes terão desenvolvido espasticidade, e quando não tratada apresenta maior probabilidade de se tornar incapacitante ao longo do tempo, causando dor, deformidade e contraturas. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo relatar a importância do tratamento multiprofissional na espasticidade do paciente em pós-AVC.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela Residência Multiprofissional em Saúde do Programa de Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas, do Hospital Universitário Getúlio Vargas, da Universidade Federal do Amazonas, durante cenário de prática no Ambulatório de Espasticidade, do Ambulatório Araújo Lima, da cidade de Manaus, capital do Amazonas, durante o período de maio de 2017





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a fevereiro de 2018. A equipe de residência multiprofissional conta com profissionais das áreas de fisioterapia, enfermagem, psicologia, educação física e assistente social. Dos 51 pacientes acompanhados durante o período de prática nesse campo 17 (33.33%) são pacientes em pós-AVC apresentando espasticidade como sequela. No Ambulatório de Espasticidade, primeiramente o paciente passa por uma avaliação médica de um neurologista com o objetivo de avaliar a necessidade de administração da toxina botulínica, além do tratamento medicamentoso. O tratamento com toxina botulínica, realizado com injeções diretamente nos músculos afetados, atuando na junção neuromuscular, leva a um relaxamento muscular sem efeito generalizado e transitório. Assim, para maior benefício, as aplicações devem ser repetidas a cada três meses. Após iniciar o tratamento com a toxina botulínica esse paciente passa a ser acompanhado pela equipe da residência multiprofissional com a finalidade de identificar fatores exacerbadores, tais como constipação, lesão por pressão e síndrome dolorosa pós-AVC, além da correção da postura anormal, orientação para programas e benefícios de direito e distúrbio no aspecto emocional envolvendo paciente/familiar quando necessário. RESULTADOS e/ou IMPACTOS: A reabilitação desse paciente é na maioria das vezes, um grande desafio. Os esforços para minimizar o impacto na qualidade de vida e para aumentar a recuperação funcional após AVC têm sido o foco para as equipes interdisciplinares de reabilitação. O início precoce da reabilitação no paciente em pós-AVC é fator chave para minimizar a incapacidade em longo prazo, ou seja, esperar até que a espasticidade se instale antes de iniciar o tratamento que pode prejudicar a reabilitação. Em contrapartida, conforme os estudos clínicos, as terapias de reabilitação aplicadas nos três primeiros meses pós-AVC apresentam maior probabilidade de benefícios. Os pacientes com espasticidade possuem necessidades específicas, esses pacientes têm suas próprias motivações, interesses e habilidades. Portanto o tratamento deve ser especificamente concebido para abordar todos os aspectos das necessidades dos pacientes. A toxina botulínica pode desempenhar um papel importante na melhora dos resultados quando realizada em conjunto com outros tratamentos. Os benefícios do tratamento com toxina botulínica variam de acordo com as indicações clínicas e as características do paciente, mas dentre os principais benefícios do medicamento estão a melhora funcional do membro acometido pela espasticidade, diminuição da dor, maior facilidade no uso de órteses, prevenção de contraturas e deformidades, melhora da higiene, retardo na indicação de procedimentos cirúrgicos ou suspensão dos mesmos. Contudo, um



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ano após o desenvolvimento da espasticidade, 47% dos pacientes elegíveis ao tratamento não recebem a toxina botulínica e sabe-se, também, que os efeitos da toxina botulínica são amplificados quando associado a uma abordagem multiprofissional, porém, tal conhecimento necessita de uma maior divulgação, pois muitos carecem dessas informações, e com isso o número de pacientes após um acidente vascular cerebral apresentando sequelas, como a espasticidade, aumenta cada dia mais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Não existe tratamento para a cura da espasticidade e sim tratamentos que podem diminuir as incapacidades geradas. Portanto, percebe-se a importância de diferentes abordagens serem integradas entre si, bem como um programa de reabilitação integral com foco no paciente, visto que o tratamento da espasticidade requer uma abordagem multiprofissional, tanto para a avaliação quanto para o tratamento. Além do tratamento multiprofissional, a aplicação da toxina botulínica ajuda a reduzir esses movimentos involuntários (espasticidade), buscando chegar o mais próximo possível da situação normal da função muscular. Com isso, ao realizar movimentos, antes impossibilitados, auxilia nos cuidados do paciente, como: higienização, locomoção, alimentação, vestir-se, facilitando muito o dia a dia do paciente e cuidador e melhorando sua qualidade de vida. Seguindo esse contexto, pretende-se com esse estudo sensibilizar quanto à importância da prática multiprofissional na assistência a um paciente pós-AVC e trazer uma crítica-reflexiva sobre a implantação de centros de reabilitação com uma equipe multiprofissional especializada e facilidade de acesso à toxina botulínica pelo Sistema Único de Saúde, pois necessita de um melhor planejamento das três esferas de governo para aperfeiçoamento desses programas.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Espasticidade Muscular; Equipe de Assistência ao Paciente.