



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
A FABRICAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (CERIV/SBC) EM REDE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA COMO DISPOSITIVO	1063
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTURIENTE NO CENTRO DE PARTO NORMAL EM MARACANAÚ: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1067
ATRIBUTO INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ZONA NORTE, MANAUS	1070
OFICINA TERAPÊUTICA: PINTANDO SAÚDE MENTAL	1073
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS	1075
A CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO CEARÁ	1078
OFICINA DE GERAÇÃO DE RENDA COMO INSTRUMENTO POTENCIALIZADOR DO VÍNCULO E PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DO CAPS AD: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1081
A CONDUITA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO PERÍODO GESTACIONAL	1082
PERFIL SÓCIO – DEMOGRÁFICO DE CUIDADORES DOMICILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES: ESTRATÉGIA PARA O CONHECIMENTO DE PRÁTICAS E ATITUDES	1084
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A HANSENÍASE PAUCIBALAR	1087
A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DE ACADÊMICOS EM VISITAS DOMICILIARES COMO UMA NECESSIDADE NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	1090
A DIFICULDADE DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1093
SAÚDE DA MULHER NA ÁREA RURAL: UM ESTUDO ACERCA DA MEDICINA TRADICIONAL E CIENTÍFICA NA AGROVILA DE SÃO SEBASTIÃO DO CABURI - PARINTINS/AM	1096
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIVÊNCIA DA INTERSEXUALIDADE	1098



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A IMPORTÂNCIA DO FAMILIAR NO PAPEL DE CUIDADOR PARA UM PACIENTE PÓS-AVC	1102
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OUVIDORIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM CAMINHO A PERCORRER.	1105
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: AÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS	1108
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS E NÃO INVASIVOS PARA O CONTROLE DA DOR NO PARTO HUMANIZADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1111
CARACTERÍSTICAS MATERNAS E DO NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL	1115
ANTROPOLOGIA, DADOS 'PÚBLICOS' E SAÚDE MENTAL INDÍGENA	1119
DO OUTRO LADO DA FRONTEIRA: AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE AOS INDÍGENAS VENEZUELANOS DA ETNIA WARAO EM MANAUS.	1122
PRÉ-HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE QUILOMBOLA ILHA DE SÃO VICENTE NO ESTADO DO TOCANTINS	1125
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DO HTLV ATENDIDOS EM INSTITUTO DE INFECTOLOGIA	1126
RELAÇÃO DA INFECÇÃO DO ZIKA VÍRUS EM GESTANTES E A INCIDÊNCIA DA MICROCEFALIA EM RECÉM-NASCIDO	1128
CARTOGRAFIA DE UM COTIDIANO DE TRABALHO E ATENÇÃO À CRISE NO CAPS AD III	1132
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM PSORÍASE NA PARAÍBA TENDO COMO PARÂMETRO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	1134
O COTIDIANO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM CAMPO GRANDE/MS: MANIFESTAÇÕES E AGENCIAMENTOS EM CURSO	1138
ESCREVIVÊNCIA DE AFETA-AÇÃO AO ESCUTAR RITMOS DE (RE)EXISTÊNCIA: QUEM TEM MEDO DAS (OS) KAINGANG?	1142
RISCO DE QUEDA EM IDOSOS CADASTRADOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS-AM	1146
VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA NO CUIDADO AO PRESO NO PATRONATO PENITENCIÁRIO DE PERNAMBUCO	1149



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO	1153
A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO M-CHAT NA TRIAGEM DE TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	1155
O CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA PARA A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1156
PANORAMA DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA	1160
NOVAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM DORES OSTEOMUSCULARES CRÔNICAS: REINVENTANDO APOSTAS E ENFRENTANDO O INSTITUÍDO NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (SBC)	1162
METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	1166
SENTIDOS DO RELIGIOSO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) DO SERTÃO DO VALE DO SÃO FRANCISCO	1169
UMA ATMOSFERA DE AJUDA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DE GRUPOS DE APOIO TERAPÊUTICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1173
A ACESSIBILIDADE NO AMBIENTE INTERNO DOS SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS NA CIDADE DE MANAUS (AM)	1176
NECESSIDADES EM SAÚDE, PRODUÇÃO E EXPECTATIVAS DE CUIDADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.	1179
CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM E A HOMOSSEXUALIDADE FEMININA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	1183
A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA NA SUPERAÇÃO DO USO DE DROGAS	1186
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE EM IMPERATRIZ-MA, BRASIL.	1189
A FRAGMENTAÇÃO NA DIMENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	1193
IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIAS MÓVEIS DE INFORMAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1196



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CUIDADO DE ENFERMAGEM MEDIADO PELA COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL: UM RELATO ACADÊMICO	1200
ESTUDO E APRIMORAMENTO DO TRABALHO DOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS NO MUNICÍPIO DO CANTÁ- RR	1203
A ENFERMAGEM NO SUPORTE FAMILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	1206
A SALA DE ESPERA COMO DISPOSITIVO DE ESCUTA E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA DEFENSORIA PÚBLICA.	1207
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM COMUNIDADES RURAIS DO INTERIOR DA AMAZÔNIA	1211
INOVAÇÕES NA ATENÇÃO A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA	1214
HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	1217
O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTUDANTES EM FORMAÇÃO NO TERRITÓRIO DE UMA USF NO NORDESTE BRASILEIRO.	1221
COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS, FORMAÇÃO MÉDICA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE	1225
OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DE BORBA COM AQUISIÇÃO DA PRIMEIRA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL IGARAÇU NO PERÍODO DE 2011 A 2015– RELATO DE UMA ENFERMEIRA	1229
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADO A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS NA HEMODIÁLISE	1232
A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA A PARTIR DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU COMO SERVIÇO-SENTINELA EM REDE VIVA	1234
O QUE PODE “VIR A SER”? TESSITURAS DE CUIDADO NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (CER IV/SBC).	1238
CORPO EM MOVIMENTO. A EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM UTILIZANDO O VÍDEO GAME COMO ATIVIDADE TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.	1242
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER PULMONAR EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA AMAZÔNIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	1245



## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SOBRE A RUA	1247
SAÚDE E MIGRAÇÃO INDÍGENA: A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA COM OS ÍNDIOS WARAO DA VENEZUELA	1251
PRÁTICAS ALIMENTARES NO PROCESSO DE AJURI	1254
CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A INCERTEZA DO FUTURO	1258
INTERFACES ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E JUVENTUDE	1261
POLÍTICA DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA APROXIMAÇÃO GENEALÓGICA	1264
A CRISE ECONÔMICA E O RECRUDESCIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1268
#NOSOTRAS – PREVENÇÃO COM AUTONOMIA	1272
A CONTRIBUIÇÃO DA RAPS NO MANEJO NOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO	1275
A DESMITIFICAÇÃO DO CÂNCER MAMÁRIO ATRAVÉS DE UM PROJETO DE PRÁTICAS INTERVENCIONISTAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	1276
A DINÂMICA DAS RELAÇÕES FAMILIARES DOS INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS POR UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO OESTE DA BAHIA.	1279
A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA: O MANEJO DA DOENÇA E O DO DOENTE	1281
A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO PARTO: DIREITO DA GESTANTE E REFLEXÕES SOBRE A SUA EFETIVAÇÃO.	1284
A PROMOÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA TERCEIRA IDADE POR MEIO DA ACADEMIA AO AR LIVRE	1287
A TEORIA DA ADAPTAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ABORDAGEM VOLTADA À CIPESC.	1289
A ARTETERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO COGNITIVO E MOTOR À IDOSOS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA	1293
A CADEIA DE VALOR EM SAÚDE: DISCUTINDO VALOR PARA O USUÁRIO DA APS	1296
A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM ATO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	1299



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 (CERIV/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 ao segundo plano, 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; 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

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE NO CENTRO DE PARTO NORMAL EM MARACANAÚ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aviner Muniz de Queiroz, Raquel de Maria Carvalho Oliveira, Thaynara Ferreira Lopes, Débora Pena Batista e Silva, Sarah Vieira Figueiredo, Leticia Alexandre Lima, Ilvana Lima Verde Gomes

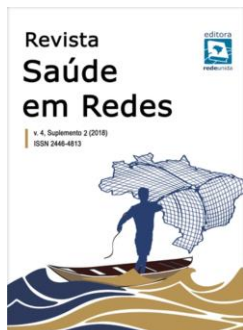
A humanização do parto é uma das diferentes ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), desenvolvida pela OMS, cuja premissa é o atendimento humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, reduzindo as taxas de cesáreas e de mortalidade materna, e garantir maior participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assegurando, assim, o máximo bem-estar da mulher e do bebê entre outros. O essencial da política de humanização é o acolhimento, que implica em uma recepção humana e atenta às queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres, que são ouvidas, garantindo-lhes a responsabilidade da equipe na resolução dos problemas e na continuidade da assistência, quando houver necessidade desta. Nesse sentido, ressalta-se que a atenção humanizada é um conceito amplo que suscita muitos significados. Adota a concepção de que a atenção humanizada pressupõe que o profissional de saúde respeite a fisiologia do parto, sendo um processo natural, sem a realização de condutas invasivas desnecessárias. A valorização dos aspectos culturais e sociais e, principalmente, da autonomia da mulher são imprescindíveis nesse processo. Além disso, a atenção humanizada durante o parto e nascimento seja pautada em uma abordagem onde a mulher é a protagonista neste momento e onde o profissional esteja apto a desenvolver o suporte físico e emocional à parturiente, com a utilização de práticas não invasivas tais como o estímulo à deambulação, à mudança de posição, o uso da água para relaxamento e massagens. A participação familiar também deve ser estimulada e apoiada no intuito de fortalecer a mulher e a formação de vínculos afetivos entre mãe, família e bebê. Neste contexto, ao atuar desta maneira, a enfermeira obstétrica tem colaborado e contribuído de forma significativa com as políticas públicas de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil e atendido às recomendações emanadas pela Organização Mundial de Saúde visando o aumento do parto vaginal normal e a diminuição da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Diante disso, tem-se a importância, na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde, de adoecimento das mulheres e na assistência ao parto humanizado. Com isso, objetivou-se relatar a experiência de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a gestante em trabalho de parto. O estudo é descritivo do tipo relato de experiência de caso clínico. Foi realizado no período de 31 de outubro a 09 de novembro de 2017, no centro de parto normal de um hospital de atendimento terciário da cidade de Maracanaú, Ceará. Foi baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim, para que seja realizada da maneira correta, foram usadas as etapas do processo de enfermagem utilizando-se as classificações da NANDA 2015-2017. Nele foram coletados dados referentes ao histórico pessoal da gestante através de seu prontuário. De acordo com o roteiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem do hospital, foi implementada as intervenções durante o trabalho de parto e pós-parto. Os dados foram analisados de acordo com a classificação North American NursingDiagnosisAssociation (NANDA 2015 – 2017). Durante o acompanhamento da paciente, foi realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde se podem perceber alguns diagnósticos de enfermagem e, através deles, planejar a assistência e alcançar os resultados esperados. Diante da anamnese e consulta de enfermagem, foi possível observar os seguintes diagnósticos de enfermagem, como levantar-se prejudicado, conforto prejudicado, dor aguda, decorrente o processo de trabalho de parto, e risco de hemorragia. Com isso, foi possível realizar intervenções de enfermagem, com objetivo de proporcionar uma atenção integral à saúde da mulher e um maior conforto durante o processo de trabalho de parto. Além disso, as intervenções realizadas, foram oferecer o conforto, incentivar a parturiente a levantar e se movimentar para facilitar a descida do feto, oferecer as medidas de conforto e alívio da dor, como banho, massagens e conversar com a parturiente sobre a melhor posição para o trabalho de parto. Além disso, foram realizados os cuidados de enfermagem durante o pós-parto, como a monitoração dos sinais vitais, que pode identificar alguma infecção, a monitoração do sangramento e foi realizado a palpação do globo de segurança de Pinard para averiguar a contração do útero. Diante dos cuidados prestados à paciente, pode-se perceber a importância do cuidado humanizado prestado pela



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

enfermagem, tendo em vista uma atenção integral à saúde da mulher gestante. É necessário para a humanização do parto um adequado preparo da gestante, iniciando durante o pré-natal, necessitando de um esforço no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde e fornecer-lhes informações para um trabalho humanizado com as gestantes, incluindo desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher. Além disso, a Enfermagem tem consciência da sua responsabilidade diante da qualidade do cuidado que presta ao paciente durante o pré-natal, parto e puerpério, do atendimento da instituição, à ética, às leis e às normas da profissão, assim como da contribuição do seu desempenho na valorização do cuidado à mulher e ao recém-nascido e satisfação das pacientes. Pode-se concluir que o processo da assistência de enfermagem à mulher em trabalho de parto é de grande importância para uma evolução de forma segura e adequada desse parto, bem como garantir à mulher um apoio durante todo o momento. Ademais, devido à complexidade e particularidade de cada situação, a maneira como a assistência é oferecida implica na satisfação de quem recebe. É necessário considerar, ainda, que os pontos fundamentais do cuidado e do acolhimento às mulheres no processo de trabalho de parto não estão nas rotinas e instalações físicas, mas nas situações em que profissional e cliente se relacionam através da satisfação, fazendo com que as relações interpessoais sejam os verdadeiros instrumentos que contribuam para a vivência da hospitalização, fazendo desse relacionamento o eixo fundamental para a humanização do acolhimento na assistência à saúde.

Palavras-chave

Parto Humanizado; Parto Normal; Saúde da Mulher



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ATRIBUTO INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ZONA NORTE, MANAUS

Sineide Santos Souza, Rizioléia Marina Pinheiro Pina

**Apresentação:** A integralidade, atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS) e princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), nos remete a considerar a criança em sua totalidade e peculiaridade inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento (CD), e às suas necessidades biopsicossociais, com o propósito de intervir para garantir a promoção da saúde, proteção de agravos e doenças e recuperação da saúde, buscando profissionais e/ou serviços na rede de atenção para suprir as necessidades da criança e família, de acordo com sua necessidade e complexidade. Portanto, a assistência à criança na APS necessita de um olhar diferenciado para suas necessidades, para o contexto em que está inserida e para a interação com os familiares como forma de beneficiar o CD adequado, de forma a repercutir na qualidade de vida e na redução da morbimortalidade infantil. O objetivo deste estudo foi avaliar a presença do atributo da APS integralidade na assistência à saúde da criança menor de dois anos cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito de Saúde (DISA) Norte de Manaus. A avaliação torna-se necessária, por ser uma ferramenta de gestão capaz de apontar fragilidades a serem superadas e orientar mudanças na realidade com vistas a qualificar o cuidado e torná-lo efetivo. **Desenvolvimento:** Este estudo é parte de uma pesquisa maior que buscou avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à criança menor de dois anos. Este recorte deveu-se à relevância do atributo integralidade na saúde da criança. Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 320 mães e cuidadores de crianças menores de dois anos que utilizavam os serviços da ESF em suas áreas de abrangência, do DISA Norte do município de Manaus. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário validado no Brasil, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil versão Criança. Os dados foram digitados em sistema de dupla entrada. A máscara do questionário, digitação e análise foi elaborada no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0, para tal, as recomendações do Manual PCATool-Brasil foram seguidas. Valores  $\geq 6,6$  foram considerados alto escore. **Resultados:** O atributo Integralidade obteve baixo escore tanto para a subdimensão Serviços Disponíveis (5,6) que avalia o processo de trabalho da equipe de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

saúde na prestação de serviços ao usuário, quanto para a subdimensão Serviços Prestados (6,1) que avalia a qualidade do atendimento à criança. Para as mães e cuidadores das crianças, os serviços disponíveis nas ESF estudadas compreenderam: vacinas (80%), verificação da participação em programas de assistência social (56,9%), planejamento familiar (91,6%), programa de suplementação nutricional (49,1%) e aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV (63,8%). Quanto ao aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas, 36,6% das mães e cuidadores afirmaram não conhecer o serviço, bem como o aconselhamento para problemas de saúde mental (40,6%) e a identificação de problemas visuais (61,3%). O atributo Integralidade – Serviços Prestados refere-se a orientações importantes para promoção da saúde e prevenção de doenças e acidentes domésticos na infância a serem oferecidas durante as consultas. Nesta subdimensão 83,8% dos entrevistados afirmaram que foram instruídas sobre saúde, higiene e sono adequado da criança, 67,8% sobre manter a segurança no lar, 56,9% sobre as mudanças relacionadas ao crescimento e desenvolvimento da criança e 51,9% sobre como manter a criança segura, já 55,3% das mães e cuidadores responderam que não foram orientados sobre como lidar com problemas comportamentais da criança. Na avaliação do atributo Integralidade, constatou-se fragilidades para o oferecimento de atendimento integral à criança e à família. Há necessidade de maiores esclarecimentos sobre os serviços oferecidos na ESF e fortalecimento das ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. A realidade encontrada nos aponta que a assistência à criança ainda está centrada nos problemas de saúde e não no indivíduo e seus aspectos psico socioemocionais. Acreditamos também que o baixo escore está associado à infraestrutura de algumas unidades que não possuem espaço adequado para a realização de atividades como a vacinação, nessas unidades as vacinas estão disponíveis somente em campanhas, obrigando o usuário a procurar outros serviços que dispõem de sala de vacina. Outra fragilidade observada foi a deficiência de recursos materiais para a realização de curativos, falta de medicamentos e manutenção de equipamentos. Além disso, evidenciamos famílias em vulnerabilidade social que afirmaram não terem sido informadas pela equipe de saúde sobre os programas sociais, estas famílias eram orientadas a procurar diretamente o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Fica clara a falta de articulação entre os serviços da ESF e o CRAS, entendemos que a interação e comunicação entre os serviços e profissionais é extremamente necessária para o atendimento integral da criança e família.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Torna-se fundamental que a equipe de saúde amplie o olhar para além do problema de saúde da criança, que alcance os familiares e o contexto em que ela vive para que as ações de saúde sejam mais efetivas, haja vista que os Determinantes Sociais de Saúde devem ser considerados no cuidado à saúde. Acredita-se que há necessidade de capacitação da equipe de saúde para que os profissionais possam compreender e atuar com o objetivo de oferecer atendimento integral para atender as necessidades da população infantil. Considerações finais: Ao avaliar a presença do atributo Integralidade na assistência à saúde da criança menor de dois anos cadastrada na ESF do DISA Norte de Manaus sob a ótica das mães e cuidadores, constatamos que este atributo não está orientado pela APS. A assistência à criança permanece arraigada no modelo médico-curativista que fragmenta o cuidado, negligência as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, apesar da ESF pretender reorientar o modelo assistencial para uma abordagem integral do indivíduo e organizar os serviços de saúde de forma hierarquizada para atender as necessidades da população. O estudo evidencia que é preciso avançar no sentido de reorganizar a assistência à criança para que seja garantida assistência integral e contínua. As crianças, devido às fragilidades e peculiaridades inerentes a essa fase da vida, tornam-se mais vulneráveis ao adoecimento e merecem atenção especial, principalmente nos primeiros dois anos de vida. Torna-se imperioso fortalecer as ações efetivas e criar estratégias para modificar as ações que apresentam fragilidades. Acreditamos que, para isso, os gestores da área técnica de saúde da criança devem considerar a avaliação do serviço de saúde e o perfil epidemiológico da criança e família para embasar a tomada de decisão e criar estratégias para envolver a equipe de saúde, bem como a comunidade na identificação e resolução dos problemas com vistas a tornar o cuidado integral e efetivo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Integralidade, Saúde da Criança



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### OFICINA TERAPÉUTICA: PINTANDO SAÚDE MENTAL

Maria Betina Leite de Lima, Thauane de Oliveira Silva, Thais Neves de Carvalh Carvalho, Gabriela Piazza Pinto, Marjana Augusta Pinto da Silva, Adamerflan Gouveia Sene, Nayara Aparecida Sanches Chagas, Priscila Maria Marcheti Fiorin

**Apresentação:** A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve princípio realizar a desinstitucionalização, promover a cidadania e autonomia dos pacientes com algum tipo de distúrbio psiquiátrico, através da organização e articulação da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da utilização de novas formas de cuidar, como a arteterapia. A prática de arteterapia no cotidiano do campo de saúde mental é uma ferramenta utilizada com intuito de proporcionar um espaço para os usuários expressarem os seus sentimentos e emoções, além de fortalecer o vínculo entre os profissionais e os próprios pacientes, aumentar a auto-estima, minimizar os efeitos da doença mental. A arteterapia fundamenta-se na utilização da arte como forma de manifestação do inconsciente por meio de imagens, de maneira a favorecer a reflexão dos pacientes acerca das suas emoções, medos e ansiedades referentes à patologia e promover a vida. O trabalho visa relatar a experiência de uma oficina terapêutica que utiliza a arte da pintura para falar de saúde. **Desenvolvimento do trabalho:** Relato de experiência a respeito da vivência das integrantes da Liga Acadêmica de Saúde Mental em Enfermagem (LASME) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, ao participar de uma oficina terapêutica realizada pela enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) localizado na cidade de Campo Grande – MS. Para desenvolver a oficina utilizou-se de desenhos retirados dos livros de colorir e caça ao tesouro antiestresse da ilustradora Joanna Basford, lápis de cor e apontador. Além disso, antes de iniciar a atividade realiza-se uma dinâmica para promover a interação entre os participantes da oficina. **Resultados:** Os pacientes participam de forma efetiva da atividade, expressavam seus sentimentos, emoções ou relatavam algum fato de sua vida e cotidiano relacionado à imagem que escolheram para colorir, de maneira a promover a sua saúde mental, favorecer a compreensão e o conhecimento da história pregressa de cada indivíduo. **Considerações finais:** Foi possível evidenciar que a arteterapia é uma ferramenta que favorece a prática do cuidado à saúde, promove a saúde mental dos participantes da oficina, ao proporcionar um espaço de escuta





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

terapêutica e por meio da explanação dos pacientes e possíveis intervenções de enfermagem para cada indivíduo.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidado 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

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

Rocilda Castro Pinho, Monica Oliveira Silva Barbosa, Vanessa de Sousa Silva

Apresentação: Todo processo cirúrgico requer uma atenção dos profissionais de saúde envolvidos, pois qualquer ato que não seja realizado à luz do Código de Deontologia no que se refere à saúde, pode ser resultado de imprudência, imperícia ou negligência. Tais atos podem trazer sérias consequências aos envolvidos, inclusive resultar em processos iatrogênicos, ou seja, produz efeitos negativos, gerando grande complicação a pacientes submetidos a quaisquer procedimentos cirúrgicos. No caso das intervenções ortopédicas, torna-se importante que a equipe de saúde esteja atenta a sua postura ética concomitantemente a comunicação e execução de seus atos, aplicando o cuidado ou a assistência ideal ao paciente. Sabe-se que qualquer sequela ou complicação no tratamento pode estar relacionada à condução ou orientação de diagnósticos e intervenções feitos de maneira ineficaz, resultando em danos temporários ou permanentes ao paciente. Os resultados decorrentes de processos iatrogênicos a pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas podem ser os efeitos colaterais inesperados em função da administração medicamentosa. Ou em casos mais graves a perda de função de um membro ou a perda do próprio membro em decorrência de falha na execução da terapêutica cirúrgica aplicada ao paciente. Para evitar complicações dentro do processo de assistência de enfermagem, torna-se importante que os profissionais enfermeiros estejam orientados corretamente quanto a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a cirurgias ortopédicas, visto que a elaboração de um planejamento individualizado e integral, permite detectar possíveis falhas e ajuda no correto diagnóstico e intervenção a ser realizada pela equipe em todo processo perioperatório. Por isso houve a necessidade de abordar sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a sua importância diante das ações realizadas pela equipe para a recuperação efetiva desses pacientes, tendo como objetivo descrever as características traumatológicas relacionadas à ortopedia e destacar os cuidados de enfermagem específicos direcionados ao paciente submetido à cirurgias ortopédicas com base na Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE). Metodologia: Esta pesquisa caracteriza-se como de natureza descritiva e exploratória realizada a partir de revisão



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

bibliográfica de artigos eletrônicos indexados e especializados na área da saúde são dos últimos 5 anos. Para apresentação do plano de assistência foram utilizadas as taxonomias NANDA e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) atuais. Resultados: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma estratégia muito eficaz para o desenvolvimento de todo cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao paciente. Pois constitui um método eficiente de organização e qualificação do trabalho de enfermeiros, visto que orienta a equipe na prestação de cuidados integrais e individualizados ao paciente, avaliando assim as reais necessidades de cada um. No caso de pacientes com traumas ortopédicos, submetidos ou não a alguma intervenção cirúrgica, surgem necessidades específicas quanto ao processo de saúde/doença. Isso afeta diretamente a autonomia do paciente, pois resulta em diferentes graus de dependência, devido à limitação adquirida nesse processo. A equipe de enfermagem é responsável pela educação do paciente, sendo o enfermeiro o elo entre o paciente e toda a equipe de saúde. Por isso a importância da SAE, pois permite à equipe de enfermagem ter um olhar diferenciado quanto ao cuidado prestado ao paciente, criando assim o vínculo necessário para minimizar os anseios, esclarecer dúvidas e ainda ajudar na recuperação do paciente. Portanto, cabe a equipe de enfermagem se ater a esses cuidados, uma vez que esta constitui o elo na interação entre o paciente e possibilita o cuidado e a produção de saúde. É fundamental adotar um modelo de trabalho que seja capaz de direcionar e organizar as atividades de enfermagem conforme as necessidades de cada cliente, por isso a importância da SAE. Pois permite que a equipe utilize de uma metodologia individualizada e integral, que atenda as exigências de cada instituição e ainda seja possível a padronização do processo de enfermagem. Sabe-se que um dos principais desafios dos profissionais de enfermagem é a identificação do diagnóstico, pois a partir dele é possível trabalhar as intervenções para atingir resultados. No processo de enfermagem, tanto o diagnóstico devem ser baseado em uma padronização de linguagem, de acordo com a proposta da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), quanto as propostas de intervenções e resultados de enfermagem de acordo com Nursing Interventions Classification (NIC). Essas classificações permite que a equipe de enfermagem avalie a qualidade de cuidados prestados a cada cliente. No caso de pacientes ortopédicos a utilização dessas classificações são de extrema importância no processo de recuperação dos mesmos, visto que permite um diagnóstico individualizado para que seja possível trabalhar as intervenções e obter os resultados esperados. Com base nisso os principais diagnósticos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e intervenções de enfermagem referentes a pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas são: dor relacionada a trauma decorrente de fratura simples ou exposta; mobilidade física prejudicada caracterizada pela capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama, relacionado à dor e a imobilização da fratura; risco para infecção relacionado a procedimento invasivo; risco para disfunção neurovascular periférica, relacionada ao retorno venoso comprometido; integridade cutânea comprometida; padrão de lazer ineficaz relacionado a dor e imobilidade; risco de queda relacionado a diminuição da habilidade motora. A equipe de enfermagem deve ter um olhar diferenciado no que tange o cuidado de cada paciente ortopédico. Esse cuidado deve ser viabilizado durante todo o processo de recuperação, desde o preparo pré-operatório, ao intra-operatório e pós-operatório. Estando a equipe sempre atenta no que se refere à higienização do paciente, alimentação, presença de dor, verificação de curativos e dispositivos como sondas, drenos, pinos entre outros que acompanham a recuperação dos pacientes, e por conta disso estão relacionados ao seu bem-estar e melhoria da sua condição de saúde, além de outras atribuições e cuidados que a equipe deve ter. Dentre os cuidados de enfermagem na cirurgia ortopédica, o posicionamento cirúrgico, o preparo cutâneo, o uso de equipamentos adequados e instrumentação, conforme o tipo de cirurgia a ser realizada. No período pós-operatório das cirurgias ortopédicas são agregados cuidados quanto à mudança de decúbito, imobilização, curativos, dor, complicações, como infecção, tromboembolismo, assim como reabilitação, uso de aparatos para deambulação, como muletas, manutenção da autonomia. Considerações Finais: As lesões ortopédicas são responsáveis por grande morbidade no que se refere a processos traumatológicos. O diagnóstico das lesões feito pela equipe médica é baseado em achados do exame físico associado com avaliação radiológica complementar. A equipe de enfermagem incumbe tratar de maneira holística o paciente, por isso ter um conhecimento adequado acerca das lesões relacionadas à ortopedia e suas possíveis complicações são de grande relevância para a equipe de saúde. Os profissionais de enfermagem que atuam nessa área devem estar em constante atualização profissional, ter bom conhecimento sobre os processos envolvidos na execução da técnica, prestando assistência de qualidade e prevenindo o surgimento de agravos. Por isso a relevância de se trabalhar com base num planejamento organizado e que atenda de maneira efetiva as exigências relacionadas ao tratamento e recuperação do paciente. Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Cirurgias Ortopédicas; Diagnósticos; Intervenção; Enfermagem.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A CONTRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO CEARÁ

Danielle Sá, Olney de Oliveira, Lucia Conde

Esse estudo tem por objetivo geral descrever a contribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na Unidade de Saúde Viviane Benevides em Fortaleza/Ceará. Outros objetivos específicos são: identificar os fatores intervenientes no desenvolvimento dos processos de trabalho e caracterizar o modelo de atenção em saúde na relação com a Estratégia Saúde da Família a partir do olhar dos ACS.

A criação do Sistema Único de Saúde no Brasil desencadeou a reorganização das ações de promoção, prevenção e assistência dos serviços de saúde com o propósito de integrarem uma rede regionalizada e fundada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Para tanto, a Atenção Básica, caracterizando-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, é fundamental na estrutura do SUS para a adequada resolutividade dos problemas e desafios da saúde pública brasileira.

Nesse contexto, este trabalho apresenta um apanhado sobre relatos de experiência da contribuição do ACS para a consolidação das RAS na Unidade de Saúde Viviane Benevides/Ceará.

O estudo é de natureza qualitativa e apresenta resultados parciais da pesquisa "Organização das redes de atenção à saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da Atenção", desenvolvida pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará, obedeceu as normas que regem pesquisa com seres humanos, conforme resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, CAAE n° 36453414.0.3002.5684. A pesquisa foi realizada no período de junho a agosto de 2016, na unidade de Atenção à saúde Viviane Benevides (Secretaria Regional V) do município de Fortaleza através de observações sistemáticas, registros em diários de campo e entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas com usuários, profissionais de saúde e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gestores. Para a análise utilizou-se leitura e exame detalhado dos dados, elaboração de síntese interpretativa e análise temática.

Construída como uma Unidade Referência para a implantação das Redes de Atenção à Saúde em Fortaleza, a Unidade de Saúde Viviane Benevides passou por um processo de reorganização das redes de atenção em 2013. Este processo de reorganização foi denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e originou-se de um paradigma teórico ideal a ser implantado no cotidiano complexo desta cidade. Entre os serviços propostos salienta-se a Estratégia de Saúde da Família a ser realizada através de um trabalho em equipes onde o Agente Comunitário de Saúde destaca-se pelo contato contínuo com o território e profundo conhecimento relativo aos problemas e potencialidades das comunidades atendidas.

A consolidação da proposta de reorganização das redes de atenção com ênfase na APS e através da ESF exige o trabalho decisivo da categoria ACS cujos relatos de trabalho foram analisados resultando nas seguintes observações: sentimentos de frustração pela redução das visitas aos usuários do sistema na atual gestão, ausência de condições logísticas para realização do trabalho, sentimento de impotência frente a cobrança da comunidade para a realização de trabalho mais efetivo, ausência de percepção da relação entre PSF e RAS, equipes de trabalho incompletas, longas filas de espera para realização de exames especializados, descontinuidade de programas implementados em gestões anteriores, ausência de compreensão de trabalhadores e usuários sobre o papel ou objetivo da RAS e falta de consciência da população sobre a importância da prevenção estão entre os aspectos apontados como fragilidades para a implementação das RAS através da ESF.

De acordo com o relato dos ACS destacam-se os seguintes pontos positivos: satisfação pela realização do trabalho quando a equipe está completa, amor pelo trabalho desenvolvido, experimentação de senso de valor por receber suporte e assistência da Coordenadora e dos trabalhadores de nível superior, gosto pela efetuação de orientação a gestantes, nutrízes e idosos, satisfação pelo acompanhamento e suporte emocional de idosos, reconhecimento da importância do acolhimento como sinônimo de segurança para a concretização do trabalho.

Por ser um membro da equipe da ESF que faz parte da comunidade, o trabalho de acolhimento e a construção de vínculo dos ACS com os usuários são facilitados.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Estes mesmos aspectos também contribuem para que os ACS tenham uma compreensão mais profunda dos reais problemas, demandas e necessidades da população, bem como de suas potencialidades e das articulações necessárias para efetivação da RAS (Embora esse último ponto torne-se limitado pois os ACS também não possuem um conhecimento adequado e uma profunda compreensão da proposta da RAS).

A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário, exercendo um papel estratégico na construção e articulação da RAS, pois constitui-se como uma base a partir da qual se estruturará. A RAS se configura com o objetivo de oferecer ao usuário uma relação próxima ao equipamento, proporcionando um vínculo fortalecedor do serviço que contribui para a cidadania e a efetivação dos direitos.

Para tanto, o ACS tem papel fundamental nessa relação. O ACS orienta ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras atividades estabelecidas a partir do planejamento da equipe. O trabalho do ACS alarga os serviços de saúde nas comunidades. As observações e entrevistas permitem-nos inferir que um dos pilares para a conclusão da implantação do modelo adequado de atenção à saúde em Fortaleza reside no trabalho de base dos ACS cuja principal característica é o contato diário e contínuo com a comunidade, o que resulta em um profundo conhecimento das necessidades, limites e potencialidades do território. Os ACS representam uma categoria decisiva para os trabalhos de educação e formação da consciência política e senso crítico dos usuários a partir de um trabalho de orientação, acompanhamento e suporte social, emocional e de saúde comunitários.

Os relatos ainda apontam para a insatisfatória concretização da RAS através ESF sendo necessária uma preparação da comunidade para compreender a importância da promoção e prevenção em saúde.

O SUS se implantou sem romper com as mentalidades tradicionais do modelo médico individualista fundado em ações curativas, assim na percepção dos ACS a necessidade de melhoria e aperfeiçoamento dos serviços é essencial sendo necessário criar condições para implementar ações de participação da comunidade nos seus próprios processos saúde-doença-cuidado.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### OFICINA DE GERAÇÃO DE RENDA COMO INSTRUMENTO POTENCIALIZADOR DO VÍNCULO E PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DO CAPS AD: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leiliana Maria Rodrigues dos Santos, Renata Trigueiros Araújo, Malcolm dos Santos Almeida

No Brasil, a exclusão social e ausência de cuidados marcaram a existência dos portadores de transtornos mentais, usuários e dependentes de álcool e outras drogas, pois as intervenções, ao longo da história, se resumiram em iniciativas de atenção de caráter fechado, tendo a abstinência como único objetivo a ser alcançado. Embora estejam prescritas na Política estratégias que enfocam a tríade da reabilitação psicossocial: moradia, trabalho e rede social, muitas vezes essas não se materializam no cotidiano dos CAPS ad, dada a complexidade dessas questões e as dificuldades de articulação intersetoriais. Este trabalho por tanto tem como objetivo discutir o processo de construção de uma oficina de Geração de Renda em um serviço CAPS ad III. A rotina da oficina, seus efeitos nos usuários e os desafios encontrados. A oficina funciona uma vez por semana e dura em média duas horas. Alguns anotam os pedidos, enquanto outro grupo prepara a tapioca. Percebe-se que a tentativa de levar para outros lugares, instituições e a rua faz com que os usuários se dediquem a cada etapa da produção da tapioca. Eles pontuam que as pessoas não vão comprar só porque eles são pacientes do CAPS e sim porque é um produto de qualidade, por exemplo. Este esforço teve efeito na clínica e na vida de cada um, pois alguns usuários perceberam a possibilidades de fazer por conta própria e montar seu ponto de venda de tapioca para além do CAPS. Além de cuidar do autocuidado e higiene para manipular alimentos. Pois passaram a circular por outros espaços na cidade e participar de eventos culturais. Além de não estarem sob efeito da substância durante a oficina, pactuação feita no coletivo.

Palavras-chave: Álcool e Drogas; Redução de Danos; Geração de Renda





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A CONDUTA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO PERÍODO GESTACIONAL

Keila Cristina Félis, Yasmym Maiara Mendes Vieira de Moraes, Iel Marciano de Moraes Filho, Osmar Pereira dos Santos, Aline Aparecida Arantes, Thaynnara Nascimento dos Santos, Ricardo César Ramalho

**Introdução:** A gestação é um fenômeno que envolve diversas emoções e sentimentos, sendo um momento marcante na vida de uma mulher. Para o desenvolvimento adequado deste período, é indispensável que a mulher esteja orientada quanto às transformações fisiológicas e psicossociais envolvidas no processo gestacional e reconheça sua autonomia em relação ao parto. Este período compõe uma das principais experiências vivenciadas pelas mulheres, tratando-se de um momento único, envolvido por emoções distintas e sentimentos particulares, saboreados individualmente por cada mulher frente à possibilidade de ser mãe. O enfermeiro possui em sua formação embasamento teórico-científico suficiente para conduzir a assistência pré-natal de risco habitual, tendo como característica de sua profissão, o cuidado voltado para o ser humano na promoção da saúde. Neste contexto o enfermeiro torna-se um elemento protagonista no processo educativo, que visa estabelecer o desenvolvimento adequado do período, através do pré-natal qualificado, enfatizando o aconselhamento, a educação em saúde e a detecção precoce de situações de risco. **Objetivo:** A finalidade deste trabalho foi descrever a conduta do enfermeiro como ferramenta de promoção da saúde e prevenção de complicações no período gestacional. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de cunho bibliográfico com análise integrativa, qualitativa da literatura disponível em bibliotecas convencionais e virtuais, onde foram utilizadas 42 produções, selecionadas através da avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** O pré-natal é um fator imprescindível para a qualificação da assistência prestada, e deve ser iniciado logo após a descoberta da gestação, levando em consideração os sentimentos da grávida em relação à maternidade, procurando auxiliá-la na adaptação do papel de mãe. Embora a gestação trate-se de uma vocação biológica, nem todas as mulheres estão preparadas para vivenciá-la, fortalecendo a necessidade de orientação e acompanhamento do período, que é responsabilidade de toda a equipe de saúde, especialmente do enfermeiro, uma vez que este



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

é o profissional que mantém maior proximidade com a gestante, favorecendo a consolidação de vínculos. Ressalta-se, portanto, que o processo de enfermagem é uma prática fundamental para a promoção da saúde gestacional atuando na prevenção de complicações durante o período e na qualificação do atendimento prestado. Considerações Finais: A gestação é um período de vulnerabilidade e intensas transformação físicas e emocionais na vida de uma mulher, principalmente se ela não está preparada para ser mãe. É função da equipe de saúde acolher a gestante e familiar com humanidade e respeito, independentemente dos sentimentos desta em relação a maternidade, procurando auxiliá-la no desenvolvimento seguro do processo gravídico. Neste aspecto o enfermeiro ocupa papel indispensável, tratando-se do profissional qualificado para prestar o atendimento pré-natal de baixo risco, atuando na perspectiva preventiva.

Palavras-chave: saúde da mulher; pré-natal; gestação de baixo risco e assistência de enfermagem.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERFIL SÓCIO – DEMOGRÁFICO DE CUIDADORES DOMICILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES: ESTRATÉGIA PARA O CONHECIMENTO DE PRÁTICAS E ATITUDES

kelle caroline, Emilly Vitória Macedo Lima, Hiandra Isabela Silva Nogueira, Maiana Silva Santana, Raquel Oliveira Xavier, Luciana Pessoa Maciel Diniz, NADJA MARIA SANTOS, Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral

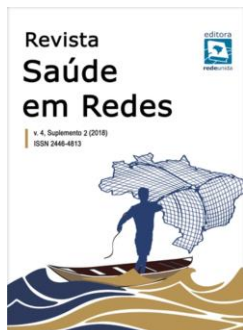
Apresentação: O ato de cuidar é inerente às relações humanas, é a maneira pela qual o ser pode ter a preservação da sua integridade física e psíquica através de ações de autocuidado ou, quando essa vertente não mais está presente nas possibilidades individuais, por meio das ações de outras pessoas. Nesse universo do cuidado, pessoas, sejam profissionais ou não, emergem como promotores de ações que visam a implementação do cuidar centrado não em um modelo biológico, mecanicista e pautado nas respostas orgânicas, mas, em um modelo cujo cuidado converge para a valorização do outro enquanto um ser detentor de padrões e respostas relativos ao seu processo de adoecimento, no qual se almeja a implementação de ações de promoção para a recuperação e reinserção da pessoa no convívio social. Tão importante quanto cuidar e promover esse cuidado é a garantia da continuidade da implementação de tais ações. É no contexto domiciliar onde será implementado e continuado um determinado plano de cuidados para o restabelecimento físico e psíquico do ser dependente. Neste contexto o cuidador domiciliar, desponta como agente decisivo na recuperação e otimização da qualidade de vida de pessoas dependentes, tornando-se, assim, promotor da implementação e continuação de cuidados que serão decisivos para a saúde do indivíduo que necessita provisório ou permanentemente dos cuidados do outro. Neste contexto, conhecer o perfil sócio e demográfico do cuidador domiciliar, participante ativo de todo o processo do cuidado, poderá contribuir para a elucidação de suas práticas e atitudes, fato que pode melhorar ou promover a qualidade de vida da pessoa dependente. Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo conhecer as características, saberes, práticas e limitações dos cuidadores domiciliares residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Petrolina – PE. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quanti – qualitativa. Os participantes do estudo foram 63 cuidadores domiciliares de pessoas dependentes (pacientes com restrições provisórias ou permanentes para desempenhar seu próprio cuidado), sendo esses remunerados ou não, os



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE da pesquisa. Esses cuidadores foram identificados a partir da colaboração do Agente Comunitário de Saúde – ACS, da micro – área correspondente. A coleta ocorreu entre os meses de janeiro a julho de 2017, sendo utilizado como instrumento um questionário contendo quesitos objetivos os quais abordaram as variáveis sócio – culturais e demográficas dos cuidadores, tendo sido aplicado no ambiente em que o cuidador exerce suas funções o que facilitou a observação do seu trabalho por parte dos pesquisadores. Os dados foram digitalizados e categorizados em planilha do Excell versão 2007, e para a análise estatística utilizou-se o software GRETL v. 1.9.1 de 24 de junho de 2010. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco e obedeceu aos preceitos estabelecidos na Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovado com CAAE nº 58944316.6.0000.5207. Resultados: Os achados nesse estudo com um total de 63 cuidadores domiciliares revelaram que a condição de ser cuidador implica em sobrecarga de trabalho, geralmente associada a situações de conflitos familiares e à falta de informações necessárias ao desempenho do cuidado. Esta situação remete para a necessidade de atenção e suporte a essas pessoas, representando novos desafios para o sistema de saúde do Brasil, visto que os cuidadores domiciliares são os responsáveis pela continuidade do cuidado. A idade de todos os cuidadores variou entre 28 e 85 anos, com média de 56 anos, sendo que oito tinham mais que 75 anos. Quanto ao sexo, cinquenta e sete deles eram mulheres, tendo a presença de apenas seis cuidadores do sexo masculino. A maioria dos cuidadores se declarou de raça branca (vinte e sete), vinte e cinco eram pardas, dez eram negros e uma se declarava índia. Quanto ao parentesco ou vínculos, dezesseis tinham vínculo conjugal com o paciente, trinta eram filhos, três eram irmãos, quatro eram sobrinhos, uma era mãe e uma era nora; seis dos cuidadores não possuíam nenhum parentesco com o indivíduo no qual prestava cuidados. Numa correlação entre parentesco e remuneração, pôde ser percebido que apenas seis cuidadores, que não possuíam nenhum vínculo com o paciente, eram remunerados e cinquenta e sete não. Com relação ao estado civil, trinta e um eram casados, vinte e três eram solteiros, oito eram viúvas e uma estava em uma relação estável. A maioria dos cuidadores (dezesseis) tinham o primeiro grau completo, quinze tinham o segundo grau incompleto, nove tinham o terceiro grau, oito o segundo grau completo, oito o primeiro grau incompleto, quatro só sabiam assinar o nome e três eram analfabetos. Quanto ao tempo de trabalho como cuidador, esse variava entre 1 mês e 50



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

anos, a média era de 10 anos como cuidadores. Observou-se que a maioria dos cuidadores tem uma renda de dois salários (vinte e oito), vinte e três tem de mais de dois salários e doze tem apenas um salário. Em relação a trabalho extra ao de cuidador a maioria dos cuidadores não tem (cinquenta), apenas treze conseguem trabalhar e assumir outra função além da de cuidador. Quanto o porquê de a pessoa ser o cuidador principal do paciente, trinta e um cuidadores afirmam que é por sua própria vontade, dezoito porque é sua obrigação e quatorze porque ninguém mais quis cuidar daquele indivíduo. Constatou-se que sessenta cuidadores gostam de cuidar daquele que emana a dependência e que três cuidadores não se sentem satisfeitos com os cuidados prestados. Considerações finais: Conhecer os cuidadores domiciliares é fundamental para garantia de uma assistência de qualidade ao paciente, pois são estes os responsáveis por colocar em prática todo o plano assistencial elaborado pela equipe de saúde. Mediante a análise de conteúdo foi possível compreender a caracterização do perfil dos cuidadores domiciliares de pessoas dependentes, as características sócio – demográficas e suas compreensões sobre os cuidados desempenhados, permitindo a identificação de um grupo de pessoas que são primordiais na continuidade dos cuidados prestados e que se encontram em contato permanente com o paciente. A pesquisa também evidencia algumas dificuldades e particularidades de familiares de cuidadores, a caracterização de gênero, tendo a predominância de mulheres cuidadoras e o desejo de serem auxiliados na prestação dos cuidados exercidos por eles.

Palavras-chave: Cuidador domiciliar; Cuidado; Saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A HANSENÍASE PAUCIBALAR

Thamyres Silva Martins, Jordânia Guimarães Silva, Mayara Santos Bogea Sousa, Geovane Reis Valentino, Jairo Rodrigues Santana, Anderson Gomes Nascimento, Yara Lopes Nayá Andrade Goabeira

**APRESENTAÇÃO:** A sistematização de enfermagem (SAE), é uma ação privativa do enfermeiro que consiste em assessorar o ser humano na sua integridade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente, família e comunidade. Assim a assistência de enfermagem sistematizada, possibilitam reconhecer o problema, intervir e aconselhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz e melhorada. No que diz ao Mal de Hansen ou hanseníase, é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que tende a afetar os nervos periféricos e diminuindo a sensibilidade da pele (parastesia). Dessa forma, o cuidado da enfermagem deve aliar o alívio ao sofrimento humano, mantendo a dignidade do doente e facilitar os meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer, fugindo de uma atitude meramente técnica que desvaloriza a dignidade do ser humano. O cuidado para o mal de Hansen assim irá desde os momentos ambulatoriais como: consulta de enfermagem; exame físico; teste de sensibilidade, pedido de exames laboratoriais, notificação da doença, dose supervisionada, entrega da medicação para ser tomada em domicílio, marcando as próximas consulta, e como um dos fatores mais importantes para o tratamento de hanseníase temos a visita domiciliar pois nela é identificado os aspectos socioeconômicos, como é a residência do paciente, possíveis riscos físicos, alimentação, como anda o tratamento medicamentoso do paciente, a perspectiva do paciente sobre a cura e incentivo as visitas para as consultas e doses supervisionadas. **OBJETIVO:** Em que o objetivo dessa pesquisa e permitir que através dos diagnósticos e cuidados de enfermagem complementar a o tratamento medicamentoso do paciente com simples mudanças na rotina corriqueira do paciente suprimindo assim as incapacidades geradas pela patologia. **METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DO CASO:** A pesquisa tem características de estudo de caso descritivo em que o portador da patologia e seus familiares foram explicados os motivos da realização da pesquisa deixando claro que em nenhum momento seriam identificados os nomes e a partir disso a paciente autorizou verbalmente, paciente reside em um bairro fora dos limites de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

territorialização mas é acompanhado pela um Estratégia Saúde da Família que tem sua sede mais próxima do bairro do paciente, sendo realizado durante as atividades práticas do componente curricular no curso de enfermagem em uma Unidade Primária de Saúde da cidade de Imperatriz- Ma, no período de novembro a dezembro de 2017. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Paciente Idoso com 55 anos, sexo masculino, carpinteiro, fumante, paciente com diagnóstico médico de hanseníase queixando-se de “queimação na garganta e boca” e “parestesia” na região plantar em membros inferiores”, sem histórico de alergia, se alimentando saudavelmente, mas em uma quantidade ineficaz, paciente com baixo peso identificado pelo Índice de Massa Corpórea de 17,47 tendo que fazer o tratamento com o esquema infantil devido ao peso (Rifampicina dose mensal supervisionada de 450mg, e doses diárias de 450 mg e 300mg; E Dpsona 50mg em dose supervisionada e dose diária de 50 mg) e consumo de água não filtrada. Ao exame físico paciente apresentou-se afebril, taquicardíaco, hipertenso e normopneico; com teste a sensibilizada alterado na região mediana plantar e avaliação do tônus muscular contra resistência. Perante ao histórico do paciente e a visita domiciliar foi construído os seguintes diagnósticos de enfermagem: Psicológico prejudicado: Relacionado a imobilidade física. Evidenciada: pela lesão região plantar dos Membros inferiores (MMI) direito (D) e esquerdo (E) em que o paciente demonstra uma enorme vontade para concluir o tratamento e exercer sua profissão plenamente. Os diagnósticos foram: Mobilidade prejudicada relacionada perda de sensibilidade em MMI (D) e (E) evidenciada por acidente de trabalho; motilidade gastrointestinal disfuncional relacionada a desnutrição evidenciando por regurgitação; Fadiga relacionada a condição física debilitada e desnutrida evidenciado por desempenho diminuído; Déficit no autocuidado para a alimentação relacionada a desconforto, evidenciado por incapacidade de ingerir alimentos em uma quantidade suficiente; Integridade da pele prejudicada relacionado a sensação evidenciada por fatores mecânicos; Náusea relacionada a irritação gástrica evidenciado por sensação de vomitar. E perante os diagnósticos de enfermagem o plano de cuidado do paciente através desses diagnósticos foram: hidratar as pernas fazendo massagem pelo menos antes de dormir com Vaselina líquida para que assim melhore a circulação sanguínea; apoiar as pernas sobre outra cadeira ou eleva-las antes de dormir para melhorar o retorno venoso; sempre andar bem calçado relacionado a alteração na sensibilidade do paciente fazendo com que ele não sinta dor ao se machucar; dar prioridade a comer alimentos secos principalmente de manhã pois o consumo desse alimentos até mesmo antes de escovar os



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dentos foi comprovado que diminui a náusea; comer em poucas quantidades só que agora irá ser a cada duas em duas horas evitando assim a regurgitação e melhora da disfagia ; evitar frituras e comidas com muito tempero pois estas acabam por influenciar desconfortos gástricos com azia e sempre tomar água e se possível gelada e com canudo devido pois a hidratação sendo realizada em pequenas quantidades e em temperatura consideravelmente fria irá reduzir a sessão de náusea. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A implementação da SAE a pacientes portadores de hanseníase permiti concluir que, mesmo sendo está uma patologia crônica, de longo tratamento, e que pode provocar reações contrarias eventuais aos seus portadores, há como planejar uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo que permite aumentar a qualidade de vida do portador dessa doença. Partindo dessa premissa plano de cuidado domiciliar ao paicente deve ser montado de acordo com o sinais, sintomas e necessidades do paciente assim facilitando as atividades corriqueiras do paciente, no qual perante as necessidades do paciente descrita nesse estudo de caso foi estabelecido pela equipe de enfermagem perante ao histórico do paciente e a na visita domiciliar um plano de cuidados que visa a diminuição dos agravos causados pela patologia como também na melhora da nutrição do paciente através de mudanças na no cuidado com o corpo devido a alterações na região mediana dos MMII em sua alimentação tanto para que haja uma diminuição nos sintomas de náusea e disfagia como também melhorar a nutrição e consequentemente o ganho de peso do paciente.

Palavras-chave: Hanseníase Paucibacilar, Mycobacterium Leprae, Sistematização De Enfermagem.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DE ACADÊMICOS EM VISITAS DOMICILIARES COMO UMA NECESSIDADE NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ana Dirce Ferreira de Jesus, Marlyara Vanessa Sampaio Marinho, Françoise Gisela Gato Lopes

Apresentação: A visita domiciliar é uma prática que faz parte da Estratégia e Saúde da Família (ESF), sendo esta o foco principal do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isso faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a prevenção de doenças através dos cuidados básicos. A ESF tem contribuído não só para diminuição da morbimortalidade no Brasil, mas também para o controle de intercorrências, utilizando – se de ações de promoção e prevenção de saúde em visitas domiciliares. Essas, são muito importantes para que ocorra realmente uma assistência que promova o bem – estar físico, mental e social, visto que, são esses profissionais que tem um contato mais diário com as famílias em suas residências. O enfermeiro, por conseguinte, é um profissional referência dentro de uma equipe da ESF. Com isso, os acadêmicos de enfermagem, por exemplo, quando desenvolvem atividades nessas unidades, conseguem ter maior experiência, pelo fato de estarem inseridos na prática, auxiliando o enfermeiro da unidade e conhecendo a realidade e a importância em se ter uma atenção primária atuante nos domicílios. Este relato tem como objetivo descrever a experiência de duas discentes do curso enfermagem de uma universidade pública, localizada no interior da Amazônia, em uma visita domiciliar, no campo prático de estágio da graduação. Desenvolvimento do trabalho: No primeiro semestre de 2017, através da disciplina de enfermagem comunitária I, foi realizada visita domiciliar no bairro Lagunho/Mapiri de Santarém – Pará. A residência visitada foi indicada pelo enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) da Unidade Básica do bairro. A visita foi realizada pelas discentes juntamente com o enfermeiro da unidade, que já fazia acompanhamentos nessa residência. O núcleo familiar da moradia visitada, era formada por um idoso de 65 anos, sua esposa e seus dois filhos. O ancião tinha parte do membro inferior direito amputado, devido a complicações por ser diabético, e hipertenso. Durante a visita, ele relatou que mesmo sabendo do diagnóstico ingeria bebidas alcólicas, consumia todos os tipos de alimentos, de forma desenfreada, não utilizava insulina e não verificava glicemia. Ele não tinha preocupação com as possíveis intercorrências que poderia vir a ter, mesmo



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sabendo ser diabético. O idoso relatou ter onze irmãos, mas que não havia sido criado junto a eles, além dele mais quatro de seus irmãos eram diabéticos. Segundo seus relatos, seus filhos não eram diabéticos, porém um deles não tinha o cuidado com a alimentação o que podia ou não contribuir para o surgimento da doença. A diabetes no idoso avançou após o surgimento de uma “bolha” no pé direito, ele não se preocupou em cuidar do ferimento, piorando cada vez mais o estado da ferida. Durante a conversa, ele falou que não sentia nenhum sintoma, apenas depois de 30 anos foi começar a sentir, e quando isso ocorreu, foi tão forte a ponto de ter que amputar uma parte do membro inferior direito. O ancião disse que no momento em que soube do procedimento que ocorreria – a amputação, foi de um jeito muito rude pelo médico, o que o deixou muito triste, visto que o foi na frente de seu filho. Chorando, o senhor relembra o quanto foi difícil presenciar seu filho recebendo uma notícia tão impactante na vida de uma pessoa, de um modo tão brusco pelo profissional de saúde médico. Ele relatou para as acadêmicas que por conta de um osso exposto na parte amputada, ele teria que passar por mais um procedimento cirúrgico, visto que atrapalhava quando utilizava a prótese e havia formado uma ferida no local. Quando as estudantes adentraram em assuntos sobre a família, ele relatou que passa a maior parte do tempo sozinho, o que o deixa muito triste, precisando de alguém para conversar, e não têm. Além disso, o idoso referiu – se chorando a um de seus filhos, pelo fato de o tratar de forma muito rude. Um dos motivos de sua tristeza é que antes de perder o membro ele era uma pessoa mais ativa em suas atividades diárias, trabalhava e ajudava a manter sua casa e não precisava de ninguém para isso. Porém, depois da cirurgia, somente sua esposa ficou com toda responsabilidade para o processo cuidativo, o que o deixou deprimido. Resultados e/ou impactos: Durante a visita, as discentes perceberam que o idoso apresentava sintomas de tristeza acentuado, e disse não aceitar a cirurgia na qual deveria ser realizada, pelo fato de não ter quem cuidasse dele no pós-operatório. Observou – se que o ancião se preocupava muito com todos os afazeres da família com ele. O idoso sentia muita necessidade do diálogo, da conversa. Com isso, essa vivência, contribuiu com o intuito da visita na comunidade, agregada ao relato da convivência familiar e sua saúde, o quanto os dois estão interligados. Através dessa experiência, percebeu – se que alguns acadêmicos ainda tem bloqueios pessoais em realizar visitas domiciliares, muitas vezes por não querer sair da zona de conforto. O acompanhamento familiar realizado pelas discentes e enfermeiro foi muito relevante, pelo fato de poderem estar mais próximas da realidade, e compreenderem a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

importância em se realizar a visita em domicílio, percebendo as necessidades de um acamado e como aquilo refletia em todo o núcleo da família. Além disso, a conscientização por parte da conversa também é muito importante. O paciente precisa confiar no que foi a ele e o profissional e acadêmico necessitam realizar uma escuta qualificada. Considerações Finais: O acompanhamento a pessoa doente em seu domicílio, é uma tarefa de muita relevância, pois o profissional enfermeiro prestará o auxílio que na maioria das vezes a pessoa não tem como buscar devido às suas condições físicas, contribuindo para a melhora do psicológico, além de estar em contato direto com a família ou cuidador, orientando e prestando os serviços de saúde necessário. Todos esses fatores irão proporcionar a essa pessoa qualidade de vida. Portanto, a inserção de discentes em visitas domiciliares corroboram com experiências expressivas na formação acadêmica, isso porque, esse futuro profissional ainda está em processo de busca por novos conhecimentos e, o processo como intermediador, deverá mostrar a esses estudantes caminhos necessários para que gere nestes consciências sobre as vivências, principalmente na comunidade, que é a primeira porta de entrada de diversas patologias.

Palavras-chave: saúde pública; visita domiciliar; comunidade



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A DIFICULDADE DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Franson Gean Souza Soares, Ananda Motta Cavalcante, Rangele Nunes Valente, Graciane Fábio da Silva, Gécica do Socorro Pereira dos Santos, Mylena Caroline Farias de Paula

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) composto por três níveis de atenção, a primária, secundária e terciária de modo a proporcionar assistência desde os problemas básicos até os mais complexos agravos de saúde, atualmente, é o sistema de saúde vigente no Brasil e o mais conhecido no mundo todo. A atenção básica (primária) por sua vez, fica encarregada de realizar assistência em todos os aspectos que interferem no processo saúde-doença, sendo eles promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Nesse sentido, o SUS deve, obrigatoriamente, funcionar como uma rede integrada, de forma que o indivíduo possa dispor de atendimento nos três graus de atenção sem que haja interrupção no seu acompanhamento. No entanto, desde a sua criação, com a ampliação dos serviços, avanço tecnológico e aumento na demanda de profissionais, o acesso aos serviços de saúde ainda é um desafio a ser vencido. Para alguns autores, o acesso aos serviços de saúde depende de dois determinantes principais, o primeiro seria a disposição do usuário à procura pelos serviços, o que depende basicamente de suas crenças, estruturas sociais e perfil demográfico, e o segundo seria a presença ou ausência de fatores que permitem ou impedem o acesso, como exemplo, podem ser citados a distância dos centros de saúde, questões de renda e seguro de saúde, e por fim, não menos importante, o tempo de espera e a disponibilidade desses serviços. Este último é o que mais se percebe nos dias atuais como um fator contribuinte para a aquisição de complicações de saúde da população agregadas às questões de autocuidado dos indivíduos. Apesar da evidência, é importante destacar que, como consequência desse problema, o índice de morbimortalidade aumenta gradativamente pela demora ao atendimento. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no que se refere à referência e contra-referência dentro do atendimento na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado no estágio curricular supervisionado I em enfermagem no módulo de Enfermagem no Processo de Cuidar da Saúde da Família e da Coletividade da Universidade do Estado do Amazonas na Unidade



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Básica de Saúde (UBS) Leonor de Freitas. A paciente estudada deu entrada na referida UBS para realizar consulta subsequente de pré-natal, se encontrava com 36 semanas de gestação, queixando-se de corrimento e prurido vaginal intensos, disúria e “sensação de queimadura na vagina” (SIC). Esta foi submetida ao exame ginecológico, utilizando espéculo para visualização da vagina. As paredes da vagina apresentavam bastante hiperemia, corrimento branco e espesso, em grande quantidade, além da presença de verrugas genitais na parede posterior. Posteriormente deu-se continuidade a consulta, onde foram realizadas orientações e sanados questionamentos feitos pela paciente. Em seguida, foi prescrito tratamento farmacológico de uso tópico para o corrimento vaginal, já que se tratava de gestante. Pelo fato de a vagina ser uma região sensível, estar hiperemiada e a paciente grávida, resolveu-se encaminhar a mesma para uma unidade especializada em Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) para tratar as verrugas genitais. Foi preenchida a ficha de encaminhamento, entregue a gestante e a mesma orientada a procurar a unidade a designada o mais precocemente possível, e após atendimento, retornar a UBS. Resultado: Essa vivência nos permitiu comprovar o quanto o sistema de saúde ainda é ofertado de forma fragmentada aos usuários. O serviço de contra-referência que deveria facilitar e dar agilidade ao serviço não tem sido oferecido de forma eficiente como se espera e nem resultando em um atendimento resolutivo ao paciente. A paciente em questão, que foi encaminhada a buscar atendimento especializado em outra unidade de referência na assistência, não conseguiu ter seu problema de saúde solucionado, mesmo com encaminhamento da UBS. Resultou em várias idas à procura do serviço, enfrentando filas, se expondo a riscos e desgastes que podem ser prejudiciais, principalmente nas semanas finais da gestação. Após ir à unidade a qual foi referenciada, e não conseguir ser atendida, a mesma retornou a UBS para informar os problemas enfrentados, assim como as suas frustrações e indignação quanto à falta de atendimento. Diante do que foi exposto pela paciente, a enfermeira da UBS a qual realizou o atendimento juntamente conosco compartilhou com a direção para que a mesma tentasse dialogar com a Unidade referenciada e assim tentar solucionar o problema da paciente. Não conseguimos acompanhar o desfecho do atendimento, devido ao término do estágio, mas foi possível perceber que existem falhas no serviço como um todo, porém observou-se o comprometimento da equipe da UBS Leonor de Freitas em tentar solucionar o problema da paciente. Considerações Finais: Esse resultado caracteriza um desrespeito ao princípio da integralidade das ações em saúde, previsto pelo SUS. Para respeitar os princípios defendidos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pelo SUS – universalidade, integralidade e equidade – é preciso enfatizar o trabalho em equipe e englobar um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A integralidade tem um conceito amplo, que provoca a organização de novos serviços de saúde, e a revisão das atividades sanitárias e dos processos de trabalho, de modo que o atendimento integral prefira as atividades preventivas, sem negligenciar, no entanto, os serviços assistenciais. Na prática, verifica-se que o usuário do SUS depara-se com dificuldade de acesso aos serviços de referência e contra-referência para a realização de consultas e exames. Essa dificuldade de acesso aos serviços gera uma demora à assistência à saúde, fato que pode comprometer o diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças sob suspeita, contrariando o modelo de vigilância em saúde. Ademais, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à média e alta complexidade compromete a integralidade da atenção. De certo modo, a variedade de setores, atrapalha o trabalho de percepção de todos os funcionários envolvidos na assistência à saúde quanto à importância da contra-referência para a atenção primária à saúde - APS. Em virtude dos fatos mencionados os resultados demonstraram que a contra-referência não tem acontecido como preconizado e que isso fere o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde. Lamentavelmente não conseguimos acompanhar o desfecho desse atendimento, devido ao término do estágio.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gravidez



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SAÚDE DA MULHER NA ÁREA RURAL: UM ESTUDO ACERCA DA MEDICINA TRADICIONAL E CIENTÍFICA NA AGROVILA DE SÃO SEBASTIÃO DO CABURI - PARINTINS/AM

Camila Andrade de Souza, Paulo José Andrade de Souza

Apresentação: A manutenção dos saberes e práticas tradicionais ocorrem pela reprodução a qual ultrapassa o tempo e o espaço. Em tempos modernos, mesmo com uma ampliada rede farmacêutica para medicamentos preventivos e mantenedores da saúde humana, ainda há nos dias de hoje a conservação e o uso de elementos advindos da própria natureza. Nesse cenário, as mulheres apresentam-se como as principais conhecedoras e mantenedoras do processo de manutenção e reprodução dos saberes tradicionais. Produzem e reproduzem conhecimentos, tradições, crenças, símbolos, práticas populares e tradicionais de saúde, que vem sendo repassado de geração a geração. Compreender a relação entre saberes tradicionais e científicos na manutenção da saúde das mulheres moradoras na agrovila de São Sebastião do Caburi-Parintins/AM foi objetivo central desse trabalho. Desenvolvimento do trabalho: Para tanto, analisou as particularidades, a forma como as mulheres se relacionam com o ambiente e as transformações ocorridas nesse processo advindo da inserção da medicina científica. Os conceitos de saberes tradicionais, medicina popular e medicina científica subsidiaram a compreensão em torno da manutenção de ervas medicinais, práticas de partos e o ato de benzer no tratamento da saúde da mulher. O trabalho teve como pressuposto um estudo de caso pautado na dialética, manifestando a dinamicidade da sociedade, a capacidade desta de transformação. As estratégias foram subsidiadas na metodologia de snowball. A entrevista baseou-se em um roteiro de perguntas relativas ao uso de plantas medicinais e como o saber local está sendo reproduzido no contexto da comunidade a partir da introdução da medicina científica e a sua relação com os saberes tradicionais. Foi realizada observação sistemática, relacionadas aos cuidados das mulheres com as plantas medicinais e outras técnicas de cuidados de saúde; locais de conservação das plantas e atendimento aos comunitários; posto de saúde e atendimento as mulheres, durante os períodos de agosto e novembro de 2015. Resultados e considerações finais: Os dados indicaram que há um movimento de perda dos saberes tradicionais por parte das mulheres e um incentivo ao uso dos procedimentos da medicina científica. Os dados



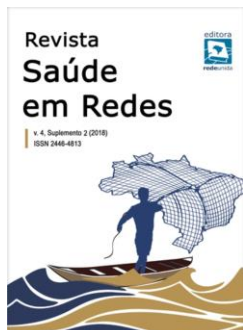
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

possibilitaram constatar iniciativas de Práticas Integrativas e Complementares por meio de um projeto pontual desenvolvido por profissionais dos serviços de atenção básico de saúde. Nele, constatou uma relação entre os saberes tradicionais e científicos, ainda que esse último na sociedade contemporânea venha negar a eficácia dos saberes tradicionais. No projeto, as mulheres conhecedoras de práticas tradicionais apresentam papel relevante, possibilitando o exercício de suas atividades e a reprodução de seus conhecimentos.

Palavras-chave: Saberes tradicionais; Medicina científica; Saúde da mulher





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIVÊNCIA DA INTERSEXUALIDADE

Elder Jeferson da Silva, Ana Clara Santos Alves de Oliveira Freitas, Glayce Santana de Araújo, Ana Paula Dias da Paz, Bruno Emanuel Nascimento Araújo, Márcia de Fátima Marques Miranda, Elisabete Reis, Vanessa Matos Matos

#### Apresentação:

Este artigo teve como finalidade investigar a percepção dos profissionais da saúde nas mais variadas áreas do conhecimento no que tange a intersexualidade em diferentes campos das ciências humanas, sociais e biológicas. A proposta surge como tema de pesquisa na disciplina Projeto Integrado de Trabalho II, do curso de psicologia da Universidade Federal da Bahia. Nosso olhar foi direcionado para a interdisciplinaridade que a questão suscita, e perscrutar sobre a dinâmica do intersexual em suas relações psicossociais – família, instituição médica e consigo próprio na ressignificação dos conceitos que envolvem corpo, gênero e sexualidade. Desse modo, pensar o intersexo remete a questões de gênero que contrastam com preceitos de uma sociedade que padroniza a binaridade, em que há uma normatização de regras e papéis a serem desempenhados por homens e mulheres dentro do modelo heteronormativo. Nessa perspectiva, o intersexual é invisibilizado enquanto possibilidade de existência, visto como portador de uma síndrome, um distúrbio, uma ambivalência genética que deve ser corrigida. Constata-se que a sexualidade, tal como é concebida hoje, é fruto de de transformações/intervenções políticas, históricas, sociais, científicas e religiosas. Para Michel Foucault (1988, p.139), sexualidade “é o conjunto de efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais, por um certo dispositivo pertencente a uma tecnologia política complexa” o que se perpetua na sociedade atual.

Desenvolvimento do trabalho: Para realização desse estudo optou-se pela revisão de literatura e o diálogo junto a profissionais de saúde cuja prática profissional se estende aos sujeitos intersexuais. Participaram da pesquisa duas psicólogas, uma assistente social e uma médica endocrinologista. Para coleta dos dados utilizou-se a aplicação de entrevistas semiestruturadas direcionadas por um roteiro previamente elaborado, composto por duas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

questões abertas disparadoras a fim de oferecer maior liberdade na formulação de questionamentos e intervenções junto aos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas para melhor apreensão e interpretação do material coletado. O roteiro de entrevista aplicado foi construído a partir dos questionamentos: “Qual é sua percepção sobre a vivência da intersexualidade?” E, “O que você percebe dos sujeitos que buscam sua atuação profissional?” Para a análise e exploração dos dados coletados, utilizou-se a técnica categorial. Para Bardin (1977 apud Oliveira 2008) a Análise Categorial considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido. A análise foi desenvolvida através da categorização, descrição e interpretação das informações. As categorias trabalhadas têm por finalidade a observação e discussão dos pontos convergentes e divergentes do diálogo estabelecido entre os profissionais de saúde e a literatura acerca da intersexualidade. Das categorias desenvolvidas: Nem homem nem mulher; Percepção biomédica/Anomalia do Desenvolvimento Sexual; Estigma, segredo, medo, vergonha; Sexualidade; Construção da identidade de gênero; Família; Direitos; Demandas objetivas.

Resultados: A revisão da literatura possibilitou entender a sexualidade através de diversas correntes teóricas que divergem no que se refere ao entendimento do sujeito intersex, aqui expomos parte da revisão pelas limitações de um resumo expandido. Para Michel Foucault (1988), o discurso e a linguagem é um importante mecanismo de poder que permitiu muitas mudanças em torno do sexo e da própria sexualidade. Já os estudos de Pino (2007), mostram que a intersexualidade suscita importantes reflexões sobre os paradoxos identitários, propiciando análises sobre a construção do corpo sexuado, seus significados sociais e políticos, assim como sobre o processo de normalização e controle social não apenas dos intersexos, mas também de todos os corpos. A intersexualidade está associada a uma invisibilidade e normalização compulsória. Na sociedade ocidental, de tradição judaico-cristã, o oposto homem e mulher é uma explicação que firma uma tradição, carrega valores e uma definição divina expressa na biologia dos corpos. Essa visão muitas vezes ignora processos de constituição do corpo que fogem ao padrão binário e dá primazia ao ideal regulatório. Diferentemente do exposto acima, Butler (2003, apud Gomes, Almeida & Bento, 2011) mostra que o sexo sempre foi gênero, a vista de que mesmo antes de existir um corpo, já está inscrito sobre ele características pré-existentes, ou seja, há um habitus de gênero, se assim pode-se



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dizer, que antecede as ações humanas, uma espécie de devir humano. Esta concepção justifica como o sexo biológico se interliga ao gênero e este a uma construção social que implica regras pré-estabelecidas e comportamentos esperados por uma sociedade normativa. Assim, Rosário (2009, apud Canguçu- Campinho, 2012), corrobora com os estudos de Butler, apontando que a condição intersexual desafia os princípios médicos e culturais de sexo e gênero. São corpos que guardam dualidades, que transcendem a normatividade, que convidam a reflexão do sentido de sexo e gênero. Para Gomes, Almeida & Bento (2011), os intersexuais são vistos como corpos que destoam dos parâmetros culturais binários, que embaralham e causam estranheza para aqueles que os vê ou que não se enquadram no que Bordo (1997, apud Gomes, Almeida & Bento 2011) chama de representações de corpos inteligíveis que “abrange nossas representações científicas, filosóficas e estéticas sobre o corpo – nossa concepção cultural de corpo, que inclui normas de beleza, modelos de saúde e assim por diante”. Para a visão biomédica, a perspectiva é de que o desenvolvimento normal se dá através da atribuição de um gênero, o DSM IV e o CID 10 classificam como transtorno de identidade de gênero, situações em que há “forte identificação com o gênero oposto, por um desconforto persistente com o próprio sexo e por um sentimento de inadequação no papel social deste sexo” (Melo, 2010). Entretanto, este diagnóstico não é feito em pessoas que tem um sexo ambíguo (intersexos). O dito normal considera a existência de pessoas estritamente masculinas ou femininas; deste modo o diagnóstico da identificação com o gênero oposto é visto como um fenômeno que tange à anormalidade e a intersexualidade é vista como uma anomalia genética.

Considerações finais: A partir do levantamento da literatura e entrevistas com profissionais da saúde acerca de suas percepções quanto a vivência da intersexualidade, foi possível observar a perspectiva das três áreas de conhecimento, psicologia, assistência social e medicina. E ainda conhecer as inúmeras questões que atravessam os sujeitos em sua condição intersexual. Deste modo, foi imprescindível o direcionamento para a interdisciplinaridade que a questão suscita e ainda perscrutar a dinâmica do intersexual em suas relações de ambiguidade consigo próprios, na dinâmica familiar, com a instituição médica, na interface do direito, no tocante a sexualidade, nas inquietações que envolvem a aceitação do outro, o estigma sofrido e as demandas concretas que viabilizam seu trânsito na sociedade e na necessidade imperiosa da construção da identidade de gênero. Deste

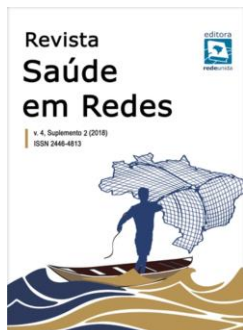


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

modo, foi possível constatar que a experiência da intersexualidade está fortemente circunscrita a conceitos médicos patologizantes, contextos culturais que buscam novos paradigmas que prescindem do estigma social e discursos sociais no que tange as necessidades e demandas específicas destes sujeitos; contudo o olhar da psicologia nos instiga a considerar a subjetividade humana como importante questão. De acordo com Canguçu- Campinho, 2012: Ser intersexual é transcender a conceitos, contextos e discursos e abarcar uma gama de complexidade, o que enseja a construção de novos saberes que envolvam aspectos relativos ao processo de saúde-doença-cuidado, corpo-gênero-sexualidade; aspectos amplos da corporeidade e do psiquismo humano.

Palavras-chave: Gênero; Intersexualidade; Identidade; Percepção; Interdisciplinaridade



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A IMPORTÂNCIA DO FAMILIAR NO PAPEL DE CUIDADOR PARA UM PACIENTE PÓS-AVC

Prisca Dara Lunieres Pêgas Coêlho

**APRESENTAÇÃO:** Cuidado, significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. A pessoa após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode apresenta-se acamada e/ou com limitações, porém mesmo necessitando de ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível. O Acidente Vascular Cerebral 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. De modo geral, a doença pode deixar sequelas que envolvam alterações motoras (força muscular) sensitivas (sensibilidade), prejudicando a mobilidade física, no entanto a gravidade dependerá da região no cérebro e extensão da lesão. Dessa forma, a sucessiva investigação das necessidades de saúde dos pacientes que foram acometidos com Acidente Vascular Cerebral reveste-se de considerável importância, sobretudo pela relevância clínica e epidemiológica. Em busca de atender a essas demandas, as pesquisas voltadas para o adoecimento por AVC e seus cuidados têm-se evidenciado entre as temáticas, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado prestado a essa clientela. Nesse sentido, o exercício do cuidado pleno requer dos profissionais de saúde subsídios teóricos, práticos, e de procedimentos terapêuticos, além dos destinado a atender as necessidades de saúde do paciente e da família. Dessa forma, considerando os aspectos mencionados, o presente estudo teve como objetivo relatar a importância do familiar no papel de cuidador a um paciente pós-AVC e espera-se que este estudo possa contribuir para melhoria da assistência prestada a essa clientela, sobretudo relacionando a importância do familiar como cuidador.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência, do tipo reflexivo, vivenciado pela Residência Multiprofissional em Saúde do Programa de Atenção



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

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 a fevereiro de 2018. Esse trabalho foi desenvolvido a partir da percepção do elevado número de pacientes acometidos por AVC apresentando sequelas, dos 51 pacientes acompanhados durante o período de prática nesse campo 17 (33.33%) foram identificados. Nota-se, portanto, a importância dos familiares estarem preparados para o papel de cuidadores com a finalidade de melhorar a qualidade de vida desses pacientes. **RESULTADOS e/ou IMPACTOS:** Sobreviver ao Acidente Vascular Cerebral não significa que o paciente está imune a um novo derrame, ao contrário. Por isso controlar os fatores de risco devem se tornar um novo hábito/rotina para o resto da vida. Nesse contexto, o familiar cuidador é de fundamental importância para incentivar a manter o acompanhamento médico e lembrá-lo dos benefícios que terá ao aderir hábitos mais saudáveis, ou seja, para auxiliar a manter o tratamento, pois a adesão ao tratamento é fundamental para a redução do risco de morbidade e mortalidade. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento e conseqüentemente aumentar o controle da doença. A equipe multidisciplinar será responsável por avaliar as funções do indivíduo para garantir que os vários aspectos comprometidos sejam reabilitados ao mesmo tempo e além de contribuir na observação de algumas sequelas para futuro relato ao especialista responsável, o cuidador tem participação fundamental para garantir o bem-estar do familiar acometido durante as atividades rotineiras. A seguir algumas tarefas que podem fazer parte da rotina do familiar cuidador: Atuar como elo entre a pessoa cuidada e a equipe de saúde; Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; Ajudar nos cuidados de higiene; Estimular e ajudar na alimentação; Ajudar na locomoção e atividades físicas, como andar, tomar sol e exercícios físicos; Estimular atividades de lazer e ocupacionais; Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; Administrar medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa acometida com AVC como, por exemplo, posições corretas na cama, na cadeira de rodas, ao vesti-se, ao levantar-se e a responsabilidade por dar continuidade aos exercícios realizados em ambiente hospitalar e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ambulatorial. Contudo, cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa acometida por um AVC é um familiar. A carência de um suporte adequado no amparo às pessoas que precisam de cuidados pós-AVC faz com que a responsabilidade máxima recaia sobre a família e, normalmente, é sobre um único membro da família. Torna-se fundamental termos compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios. A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que têm que fazer alterações nas funções ou no papel de cada um dentro da família e todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, por isso é importante que a família, o cuidador, e a equipe de saúde conversem e planejem as ações do cuidado domiciliar.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em função de o paciente acometido pelo AVC poder sofrer diferentes sequelas que afetam as áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares, além do acompanhamento com o neurologista, ele deve ser submetido a uma equipe de profissionais como fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, nutricionista e fonoaudiólogo, além de outras especialidades que podem ser agregadas. O conjunto de todas as atividades exercidas pelo familiar cuidador torna-se fundamental na reabilitação do paciente pós-AVC, sob as quais a participação e a supervisão do cuidador é essencial para a motivação, melhor desempenho e sucesso de seu tratamento. Porém, com a finalidade de evitar o estresse, o cansaço e permitir que o cuidador tenha tempo de se autocuidar, é importante que haja a participação de outras pessoas para a realização do cuidado.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidadores; Relações Familiares.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OUVIDORIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM CAMINHO A PERCORRER.

Bruna Campos De Cesaro, Luana Gehres, Ana Guilhermina Reis

**Apresentação:** Ao trabalhar na ótica da educação permanente em saúde, a Ouvidoria do SUS (Sistema Único de Saúde) pode ser “linha e agulha” em um espaço possível de costuras entre ensino, gestão, práticas de cuidado e controle social. Indo muito além dos esteriótipos de ouvidorias usuais do círculo comercial ou de uma “reclamadoria”, a ouvidoria do Sistema Único de Saúde pode ser campo fértil no que diz respeito a reflexão, educação em saúde e incentivo à mudança organizacionais ou de práticas - seja em usuários ou profissionais de saúde. Dispondo esta possibilidade como real, este trabalho tem como objetivo relatar atuações da ouvidoria do SUS em espaços não usuais - como no recebimento de queixas, mas em espaços que visaram mudanças através da educação em saúde.

**Desenvolvimento do trabalho:** As Ouvidorias do Sistema Único de Saúde têm como objetivo propiciar a participação popular por meio de sugestões, reclamações, denúncias, solicitações e elogios para que a administração pública, em suas diferentes esferas, formule políticas públicas a fim de atender os anseios da população e conseqüentemente melhore a qualidade dos serviços de Saúde. É um canal que tem objetivo proporcionar uma comunicação efetiva entre o usuário e a gestão, ou usuário serviço de saúde. É um dos espaços para a interlocução entre o usuário dos serviços públicos de saúde e os prestadores/órgãos reclamados, incluindo profissionais de saúde, modos organizacionais, modelos de gestão e todas práticas que ocorrem no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Muitos dos cidadãos, usuários do SUS que chegam até ouvidoria, seja pelos espaços físicos, ou virtuais (via internet ou telefone) a fim de exigir a garantia de seus direitos, sejam individuais ou coletivos e direta ou indiretamente construir um SUS de qualidade através de um ato de cidadania - que é registrar uma satisfação ou insatisfação. Repetidamente os cidadãos relatam que não sabem como se fazer ouvir ou que sua opinião chegue em algum profissional ou órgão que o escute. Visto que por vezes essa insatisfação de origina de serviços em que eles são ignorados ou se sentem mal recebidos. Desconhecendo os espaços de controle social, a ouvidoria pode ser o único espaço para se fazer ouvir na complexa rede





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

do SUS, e neste, o cidadão pode descobrir outros espaços existentes, como o próprio incentivo às demais formas de controle social.

Ao atualizar os processos de trabalho e transformar o modo de operar desta política pública de saúde é possível pensar em mudanças efetivas na interlocução com os cidadãos - objetivo da ouvidoria do SUS, provocando a mudança de pacientes, no sentido mais estrito da palavra, em usuários, cidadãos, co-participantes no processo de construção (ou atualmente, caberia “de manutenção”) do SUS, disseminar informações e construir mudanças com os profissionais de saúde. Nesta lógica, de construção de sujeitos e de mudanças de interlocuções no âmbito da saúde, apresentamos este relato reflexivo, relacionando a Ouvidoria do SUS com o aprendizado da Educação Permanente em Saúde nas brechas em que se a Ouvidoria está presente.

Resultados e/ou impactos: Como exemplos trouxemos a aproximação com espaços de controle social como nos Conselhos de Saúde em espaços formais, ou ainda no próprio dia-a-dia de trabalho, em que qualquer cidadão pode ser empoderado e incentivado às práticas do controle social - buscar seu conselho de saúde, sua associação de bairro, seu representante no conselho, convidar vizinhos, identificar principais problemas, pensar caminhos para solucioná-los. No cotidiano de trabalho da Ouvidoria do SUS encontramos pequenos espaços em que a gestão - organizadora do cuidado, tem contato com o usuário, quando muitas vezes pra este, os contatos anteriores foram falhos. Utilizar este espaço da melhor maneira possível é crucial para acolhê-lo e mostrar que ele pode encontrar nos profissionais de saúde aliados e não apenas negativas de cuidado.

Já com os profissionais de saúde, através de momentos de troca com a ouvidoria do SUS é possível a reflexão dos anseios do usuário, suas principais queixas e expectativas. A educação permanente em saúde se apropria da realidade vivenciada no dia-a-dia de trabalho em saúde, dos problemas já existentes, e da experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança. A educação permanente em saúde em movimento surge como um possível dispositivo de gestão em saúde, que dissemina a informação e empodera trabalhadores de saúde, porque não dizer que este aspecto deve envolver desde os ouvidores SUS a todos integrantes da rede, coordenadores regionais, trabalhadores da gestão a assistência. Por outro lado, a inexistência de trabalhos sobre as Ouvidorias do SUS é uma realidade, ainda mais relacionando-as com a educação



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

permanente em saúde, assim como não encontramos descrições das diretrizes sobre seus processos de trabalho, estágios de implantação, ou delimitações de seu funcionamento, com avaliação contínua. Para contribuir com a melhora dos serviços prestados pelo SUS à população, a ouvidoria do SUS pode ser um impulsionador para a educação permanente assim como favorecer a ação intersetorial, envolvendo os diferentes atores sociais que fazem parte das cenas vivenciadas, além de favorecer a autonomia no próprio usuário, mostrando sua participação como cidadão, e que o mesmo pode e deve se tornar protagonista de seu cuidado.

Considerações finais: Para finalizar, concluímos que, se conseguirmos colocar em prática um diálogo entre os profissionais da saúde e os usuário do SUS, estabelecendo um fator crucial que é a escuta e a criação de vínculo, em todos os espaços do SUS – estaremos promovendo espaços de encontros, de vida, de movimento, teríamos um número muito menor de insatisfação com os serviços prestados. Quando este fala, ou não é possível a Ouvidoria pode recuperar essa oportunidade. Parafrazeando a célebre frase do memorável “Profeta Gentileza”, artista popular do Rio de Janeiro, chamado José Datrino, “Gentileza gera gentileza”, questionamos: e o seu SUS, o que gera? Gera Saúde, ou gera doença? Gera cuidado? Gera vida? Gera sorrisos? O que temos gerado? O que temos afetado e como somos afetados? Satisfações ou insatisfações? Reclamações ou proposições? Diálogos ou monólogos? Encontros ou desencontros?

Palavras-chave: Educação permanente em saúde. Ouvidoria do SUS. Interlocação na saúde



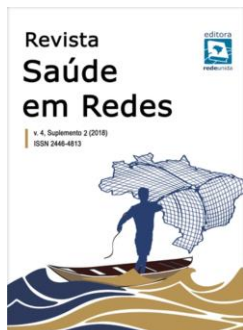
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: AÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

Luciana Virginia de Paula e Silva Santana, Grazielli Rocha de Rezende Romera, Caroliny Oviedo Fernandes, Larissa Rocha de Rezende, Ana Paula de Assis Sales, Adelmo Benevides de Santana Júnior

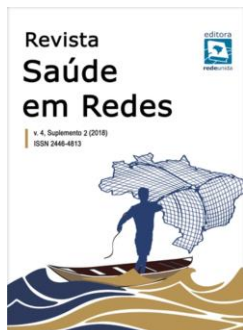
Introdução: A infância é um período em que desenvolve-se grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa fase são responsáveis por graves consequências no futuro dessa faixa etária; por isso a importância do programa Saúde da Criança do Ministério da Saúde, assim como todas as ações que estão voltadas para garantir um bom crescimento e desenvolvimento a todas as crianças. A taxa de mortalidade infantil vem caindo nas últimas décadas no Brasil. Em virtude de ações de redução da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram. Na década de 90 as mortes infantis caíram de 47,1 para 15,6 em 2010. Contudo, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi obtida, pois as desigualdades regionais e sociais perseveraram. Muitas mortes de crianças com menos de um ano ainda acontecem no período neonatal, sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número significativo de mortes por causas evitáveis através de ações dos serviços de saúde como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido faz parte da realidade social e sanitária do País. A maior parte do desenvolvimento do cérebro das crianças acontece antes que elas atinjam três anos de idade. Em um curto período de 36 meses, as crianças desenvolvem suas habilidades de pensar e falar, aprender e raciocinar, e começam a constituir os alicerces dos seus valores e comportamentos sociais quando adultos. Esta fase é decisiva para a formação da personalidade de cada pessoa, e junto com as transformações neuropsíquicas e comportamentais estabelecem as bases necessários à construção do ser humano. O equilíbrio futuro deste indivíduo dependerá da harmonia em que ocorreu esse processo. As necessidades biológicas da criança devem ser atendidas em cada etapa do seu processo de crescimento e desenvolvimento, desde a concepção até a vida adulta. Cada etapa se apoia nas conquistas da fase anterior e impulsiona a seguinte. Os direitos da criança devem ser garantidos desde seus primeiros momentos de vida, uma vez que esses primeiros anos fazem parte de um período de mudanças valiosas e que exerce influência duradoura.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Em nosso país, o Estatuto da Criança e do Adolescente garantem estes direitos. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar e contribuir com o crescimento e desenvolvimento das crianças que se encontram em baixo peso em uma área atendida por uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de Campo Grande - MS, trazendo benefícios para a saúde e crescimento das crianças, suas famílias e da comunidade. Método: Trata-se de um relato de experiência de uma ação, realizada em uma UBSF de Campo Grande - MS, praticado nos dias 05, 12, 19 e 26/05, e nos dias 02 e 09/06 de 2017, na própria Unidade com alunos, professores e pais, onde foram abordados assuntos relacionados à alimentação adequada para cada criança em sua faixa etária; a importância de uma boa alimentação; aspectos (além da alimentação) que influenciam no crescimento e desenvolvimento infantil; doenças e vulnerabilidades agravadas pela condição do baixo peso e receitas práticas, econômicas e saudáveis que as mães ou responsáveis possam fazer em casa. A população atendida foi crianças de baixo peso que foram selecionadas devido os resultados do SISVAN da UBSF. Foram elaborados convites e entregues pessoalmente para pais e responsáveis de 17 crianças. Após o primeiro contato, obteve-se um grupo de 10 crianças e suas respectivas mães e responsáveis. Foram realizadas análises dos resultados através da pesagem semanal de todas as crianças da participação do interesse das mães e responsáveis em aprender e contribuir para o crescimento das crianças. Resultados: Pretendeu-se trabalhar com um grupo de 17 crianças e seus pais ou responsáveis, mas por questões particulares da família, houveram 7 (41%) que não participaram do Grupo, e 10 (59%) que participaram ativamente das reuniões e se envolveram na busca de ganho de peso de suas crianças. Destas 10 crianças, 60% eram meninos e 40% meninas, com idades entre 08 meses a 05 anos e todos com índices de peso abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde para sua idade. Baseando-se na pesagem semanal que era realizada nos dias de reunião, obteve-se um resultado onde 4 (40%) crianças ganharam até 300g, 4 (40%) ganharam de 301 a 600 gramas e 2 (20%) crianças ganharam de 601 a 900 gramas. 100% das crianças ganharam peso. O exame físico é um procedimento fundamental na obtenção da coleta de dados, pois, com base nele, são levantados dados sobre o estado de saúde das crianças, a fim de avaliar, analisar e planejar a assistência. Conforme o Ministério da Saúde, a variação do peso, com relação à idade da criança, é muito mais rápida do que a da estatura e reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora no estado de saúde, mesmo em processos agudos. Em um prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

peso, cuja mensuração é mais fácil e mais precisa que à estatura; dessa forma todo ganho de peso para essas crianças torna-se um benefício ao crescimento das mesmas. O desenvolvimento psicossocial inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, por meio dos quais a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e com o meio que a rodeia. Conclusão: O crescimento e desenvolvimento das crianças estão relacionados a vários fatores intrínsecos como os genéticos e metabólicos; e extrínsecos (alimentação, saúde, habitação, cuidados com a criança) e, portanto, deverá ser vista como um todo. Deduz-se, por essas razões, que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento necessita de uma equipe multiprofissional, por necessitar de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Observou-se através dessa ação, que estas reuniões facilitaram o acesso das mães e responsáveis a mais informações e deram a oportunidade de sanar dúvidas. Notou-se o interesse em entender e aprender a importância do peso no crescimento das crianças e despertou a atenção para a alimentação e bem-estar das mesmas. Diante disso, enfatiza-se que acompanhar o estado de saúde da criança é “cuidar” para que ela atinja o crescimento pessoal e social. A promoção da saúde por meio de ações educativas, atendem também a outras necessidades da criança, tais como amor, nutrição, comunicação, higiene, imunização, sono, afeto e segurança. Para isso, é necessário que as mães sejam orientadas, incentivadas e se sintam seguras nos cuidados com a criança.

### Palavras-chave

Saúde da Criança. Baixo Peso. Alimentação infantil.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS E NÃO INVASIVOS PARA O CONTROLE DA DOR NO PARTO HUMANIZADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nazaré Socorro Oliveira Afonso, Gabriela Farias Lima, Erica Kassia costa Gonçalves, Felipa Mahira Calandini Tembê, Jayme Krysnei Borges Lopes, Maria Lucivania Texeira Ribeiro, Nayara Carneiro Corrêa, Lorena Saavedra Siqueira

**APRESENTAÇÃO:** O processo de parturição é um estado de fisiológico representado por uma complexa resposta adaptativa neuroendócrina, ao contrário de outras experiências dolorosas, este processo de dor natural do trabalho de parto e não está associado a uma patologia. Conceitualmente, a dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou descrita em tais termos. Os Métodos Não Invasivos e Não Farmacológicos para alívio da dor aplicados ao longo do trabalho de parto, são uma das tecnologias de cuidados utilizados, principalmente, pela equipe de enfermagem no centro obstétrico. Vale ressaltar que tais métodos são estruturados cientificamente, e o seu uso vem sendo alvo de estudos desde a década de 60, entretanto, passaram a ser introduzidos de fato nas maternidades brasileiras a partir da década de 90, com o movimento de humanização do parto e nascimento junto às recomendações do Ministério da Saúde para assistência ao parto. Para o Ministério da Saúde, o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Apesar de tais métodos possuírem uma base científica sólida, a sua aplicação não necessita de aparatos tecnológicos, nem técnicas complexas, podendo ser realizado pela própria parturiente com auxílio do acompanhante da escolha da mesma. Além do alívio da dor estes métodos são importantes para o apoio psicológico da gestante, pois ao ter um contato com a equipe assistencial e com o seu acompanhante é gerado um sentimento de segurança e apoio, contudo, o trabalho de parto transcorre com mais tranquilidade. Os Métodos Não Invasivos e Não Farmacológicos para o alívio da dor são diversos, a sua aplicabilidade varia de acordo com o perfil da gestante, nesse estudo foram utilizados os seguintes métodos: exercício respiratório, massagem, deambulação, banho de aspersão e o exercício na bola suíça. Esse relato tem como objetivo descrever a experiência vivenciada pelos acadêmicos de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

enfermagem ao aplicar os Métodos Não Invasivos e Não Farmacológico para o alívio da dor em mulheres na fase ativo do trabalho de parto. **DESENVOLVIMENTO:** O estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), durante a prática clínica na atividade curricular Semi-internato em Enfermagem Obstétrica e Pediátrica, ocorrido em Junho de 2017, em um hospital de referência materno infantil no estado do Pará. Neste período os alunos, sob a supervisão de uma preceptora, desenvolveram atividades relacionadas à assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto, com ênfase para o desenvolvimento de técnicas não farmacológicas para o controle da dor, contemplando as necessidades do binômio mãe-bebê. A utilização de métodos não farmacológicos objetivam amenizar o estresse fisiológico e aumentar o grau de satisfação da parturiente. As atividades iniciaram na avaliação de risco da instituição onde foram realizadas consultas de enfermagem pelos acadêmicos, entender o fluxo do atendimento, a rotina da instituição e por fim assistir as mulheres em trabalho de parto. **RESULTADOS:** O atendimento prestado as parturientes assistidas pelos acadêmicos, enfatizou-se no uso de técnicas Não Farmacológicas e Não Invasivas para o alívio da dor, contribuindo assim para a construção da experiência, tanto para a parturiente quanto para os acadêmicos. A assistência ao trabalho de parto foi realizada com as parturientes na fase ativa, presentes na sala do PPP (sala de Pré-parto, Parto e Pós-parto), os principais métodos utilizados foram: massagem lombossacral, exercício respiratório, deambulação, banho de aspersão e o exercício na bola suíça. A massagem lombossacral mostrou-se uma intervenção eficaz no alívio da dor, promoveu conforto físico e alterações comportamentais positivas de acordo com a resposta da mulher ao método terapêutico. A técnica foi realizada principalmente durante as contrações uterinas e mostrou-se um método de alta eficiência, promoveu relaxamento, reduziu a sensação dolorosa e o estresse. Os acompanhantes foram instruídos quanto à realização da técnica, a fim de inclui-los no processo. Logo, além de oferecer conforto a gestante, estreitaram-se os laços afetivos entre os acadêmicos, parturiente e a família. O exercício respiratório foi utilizado para retirar o foco doloroso, com objetivo de estimular o processo de respiração normal. A técnica utilizada salientava o aspecto lúdico para o repasse do método de respiração onde foram usadas as frases “cheire uma flor” para estimular a inspiração pelo nariz e “sobre uma vela” para orientar a expiração pela boca, favorecendo a melhora da circulação de oxigênio no organismo e a regulação da



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

cadência do ritmo respiratório, ampliando a tolerância ao desconforto causado pelo estímulo doloroso das contrações uterinas. Com esta técnica foi viável notar que nível de ansiedade aplacou e houve aumento a tolerância dolorosa, encorajamento, vigor, bem-estar físico e psicológico. A Deambulação foi incentivada pelas parturientes com o objetivo de estimular o aspecto natural do parto, auxiliando no processo de esvaecimento e dilatação do colo uterino. Este método proporciona liberdade para a parturiente sendo encorajada a movimentar-se a assumir qualquer posição vertical que considere adequada, desconstruindo a imagem do modelo hospitalocêntrico onde as mulheres eram obrigadas a permanecer na posição ginecológica. Com a utilização da técnica observou-se, diminuição do tempo do trabalho de parto, melhora da contratilidade uterina, além de oferecer conforto e autonomia às parturientes. O banho de aspensão com água quente é um método de estimulação cutânea, realizado a uma temperatura média de 37°C, está positivamente associado com o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto com redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora no padrão das contrações, podendo prevenir até possíveis distorcidas relacionadas às contrações uterinas. Durante a aplicação do método observou-se o sentimento de conforto por parte das parturientes. O exercício na bola suíça é sugerido às parturientes com o propósito de acelerar o esvaecimento e dilatação do colo uterino, facilitar a descida e a rotação da apresentação fetal, a técnica se dar na adoção da posição vertical, sentada sobre a bola, com um discreto balanceio pélvico, este exercício trabalha os músculos do assoalho pélvico dando a parturiente liberdade de movimentos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao final da experiência consideramos imprescindível a utilização destas intervenções consideradas inovadoras durante a fase ativa do trabalho de parto que contribuíram para o alívio da dor, gerou nas mulheres o sentimento de autonomia, autoestima, conforto, segurança e principalmente calma durante o processo. Tais medidas colaboram com mudanças de padrões de atitudes e comportamentos intervencionistas favorecendo a disseminação do parto normal respeitando os programas e políticas públicas governamentais no que se refere à assistência do parto. Salientamos também a orientação prestada pela enfermeira docente que demonstrou alto grau de comprometimento para com a propagação do parto humanizado colaborando significativamente com a formação do perfil profissional dos acadêmicos. As gestantes reagiram a assistências prestadas através de relatos, agradecendo e elogiando a postura dos acadêmicos ainda ressaltando o quanto aquele momento foi especial e único. Para os





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

acadêmicos a oportunidade de colocar tais conhecimentos em prática foi valioso para a construção de Enfermeiros éticos e acima de tudo humanos, este trabalho não teve apenas cunho científico, mas também foi uma verdadeira lição de respeito ao próximo.

Palavras-chave: métodos não farmacológicos; parto humanizado



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CARACTERÍSTICAS MATERNAS E DO NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

Sabrina Macely Souza dos Santos, Siloni Pinheiro do Nascimento, Daiane Nascimento de Castro, Cléber Araújo Gomes

#### APRESENTAÇÃO

O Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) é uma ferramenta do Sistema único de Saúde iniciativa do (SUS) que visa coletar e reunir informações perinatais sobre a gestação, o parto, o recém-nascido e a mãe. Este sistema permite que medidas de gestão sejam planejadas, pois mostra a realidade da população e, dessa forma, contribui para que haja melhorias nas condições de saúde.

A idade ideal para engravidar é dos 20 aos 29 anos, porque nessa fase são observados os melhores resultados perinatais e maternos. Segundo o Ministério da Saúde, considera-se gravidez de risco aquela que ocorre com mulheres maiores que 34 anos, mas, para alguns autores, essa idade é de 35 anos. Estudos revelam que é cada vez maior o número de mulheres acima dessa faixa etária que engravidam. Esse crescimento também pode ser observado em adolescentes, o que tem despertado o interesse em comparar os efeitos da idade materna sobre a saúde do recém-nascido, as condições gestacionais e o perfil sociodemográfico dessas mães.

Considerando o fato de que, tanto a gravidez na adolescência quanto na fase adulta tardia podem ser fatores de risco à saúde materna e do recém-nascido, o presente estudo tem por objetivo descrever as características maternas e do nascimento, por faixa etária, no município de Coari, Amazonas, nos anos de 2012 e 2013.

#### DESENVOLVIMENTO

Trata-se de estudo ecológico e descritivo, cujos dados foram extraídos do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponível no DATASUS, nos anos de 2012 e 2013, no município de Coari, Amazonas. As características da mãe foram analisadas considerando situação conjugal e anos de estudo. As características do recém-nascido foram descritas através do sexo, raça/cor, apgar no 1º e 5º minuto, presença de anomalia congênita e peso ao nascer. Por fim, as variáveis que compuseram as condições gestacionais foram



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

local de ocorrência do parto, tipo de gravidez, consultas pré-natal, tipo de parto e duração da gestação.

### RESULTADOS

Nos anos de 2012 e 2013 foram realizados 3418 partos no município de Coari. Destes, 1130 (33,1%) foram de mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos, 2066 (60,4%) nas de 20 a 34 anos e 188 (5,5%) em idade entre 35 a 54 anos. A maioria das mães, tanto na faixa etária de 10 a 19 (61,3%), quanto na de 20 a 34 (77,2%) e 35 a 54 (84,7%) anos eram casadas ou viviam em união consensual. Ao analisar o grau de instrução da mãe, percebe-se que a maior parte das adolescentes (52,9%) e mães em idade tardia (50,9%) tinham de 1 a 7 anos de estudo, enquanto as mães com idades entre 20 a 34 anos (51,7%) tinham um grau de instrução maior, cerca de 8 anos ou mais, e cerca de 18,6% do total das mães pesquisadas não tiveram nenhum grau de instrução.

Em relação às características do recém-nascido, nas três faixas etárias maternas prevaleceram as cores preta e parda. No apgar no 1º minuto, o índice mais inadequado ( $\leq 7$ ), se deu entre as mães com faixa etária entre 35 e 54 anos (11,5%); enquanto no apgar no 5º minuto, o pior resultado foi visto nas mães de 20 a 34 anos (1,8%). Observou-se também que grande parte dos recém-nascidos em todas as faixas etárias não possuía nenhum tipo de anomalia congênita (97,2%), porém, o maior número de casos de anomalias se deu entre as mães de 20 a 34 anos de idade (0,9%). Quanto ao peso ao nascer, viu-se que a maior proporção de baixo peso foi entre as mães adolescentes (8,6%) enquanto as mães de 20 a 34 anos tiveram cerca de 6,2% e as mães de 35 a 54 obtiveram um resultado de 8,1%. As mães adolescentes e adultas apresentaram as melhores proporções de crianças com peso ideal ao nascimento (87,7%).

Em relação às características da gestação, o local da ocorrência do parto mais prevalente em todas as faixas etárias foi o hospital (97,8%). No que se refere ao tipo de parto, foram verificadas diferenças entre as faixas etárias, no qual o maior número de partos vaginais se deu entre as adolescentes de 10 a 19 anos, com cerca de 72,8%, enquanto as mães de 20 a 34 e as de 35 a 54 obtiveram uma frequência de 68,9%. Em relação à frequência de partos cesáreos, foi observada maior prevalência entre as mães adultas, que totalizaram 62% dos partos, enquanto as adolescentes obtiveram um percentual de 27,1%. A maioria das mães teve gravidez única, totalizando 99% do total.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Os resultados relacionados ao número de consultas pré-natal mostraram que a realização de 1 a 3 consultas foi evidenciada em 41,3% as adolescentes, 12,6% das adultas e 35,5 % das adultas tardias. Por outro lado, a realização de 4 a 6 consultas foi verificada em 33,9% das mães entre 10 e 19 anos, 73,7% daquelas com 20 a 34 anos e em 30,5% das mães com 35 a 54 anos. Ao analisar a realização de sete ou mais consultas, como preconizado pelo Ministério da Saúde, observa-se que nas três faixas etárias essa rotina perde em comparação às outras categorias: ela foi observada em 17,3% das mães adolescentes, 10,2% das adultas e em 30,5% das adultas tardias. Aproximadamente 8,0% das mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal, o que foi observado em 7,1%, 3,3% e 8,2% das mães adolescentes, adultas e adultas tardias, respectivamente.

Quanto à duração da gestação, o índice de prematuridade prevaleceu nas mães adolescentes (13,4%), enquanto as mães com faixa etária de 20 a 34 e 35 a 54 anos obtiveram um valor de 11,0% e 5,0%, respectivamente. Já os partos pós-termo tiveram um maior índice entre as mães de 20 a 34 anos, com cerca de 6,2%.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as mães que tiveram filhos nos anos de 2012 e 2013, cerca de 33% eram adolescentes e 5,5% tinham idade entre 35 e 54 anos. A maioria eram casadas ou viviam em união consensual e as mães de 20 a 34 anos possuem mais anos de estudo quando comparadas as demais. Em relação às características dos recém-nascidos, nasceram mais bebês da cor preta e parda, e quanto ao sexo, praticamente não houve diferença entre as faixas etárias. A maioria dos recém-nascidos não possuíam anomalias congênitas, e filhos das adolescentes tiveram um apgar mais adequado quando comparados com os de mães adultas, porém, com uma porcentagem maior de baixo peso ao nascer. Grande parte dos partos ocorreu nos hospitais, e mais de 98% das mães tiveram gravidez única. Quanto ao número de consultas pré-natal foram observados números adequados e inadequados em todas as faixas etárias, porém com maiores valores entre as mães adolescentes e mães de 35 a 54 anos. O maior número de partos vaginais e prematuridade ocorreram com as mães adolescentes e quanto aos partos cesáreos, houve uma maior ocorrência com as mães adultas.

Os resultados apresentados permitem realizar uma melhor comparação entre as características maternas segundo a sua faixa etária, relacionando quesitos sociodemográficos da mãe, gestacionais e dos recém-nascidos, para que assim ocorra uma



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

melhor avaliação das condições dessas mães no período puerperal e gravídico e sejam direcionadas ações para melhoria na saúde das mães e de seus filhos.

Palavras-chave: SINASC; recém-nascido; gestação; parto



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ANTROPOLOGIA, DADOS 'PÚBLICOS' E SAÚDE MENTAL INDÍGENA

Rui Harayama

**Apresentação:** As discussões sobre o método etnográfico, na interface com burocracias e documentos digitais, associadas à utilização de técnicas de webativismo, hacking, extração e mineração de dados tem colocado questões éticas e epistemológicas sobre o processo de evidenciação e exposição de dados populacionais em múltiplas plataformas. Esse arranjo de tecnologias da informação também tem reanimado as discussões sobre propriedade e usos das mesmas sem o consentimento das populações. No caso dos povos indígenas, as 'tradicionais' relações com burocracias estatais (portarias, relatórios de identificação e delimitação territorial, registros de nascimento indígena, entre outros) começam a incluir novos elementos, como as tentativas de monitoramento dos indicadores de saúde e educação e a incorporação do léxico da gestão neoliberal. **Desenvolvimento:** O presente trabalho apresenta contrastes e arranjos de concepções de propriedade, direito e sigilo elencados nas relações entre populações indígenas, antropólogos e Estado Nacional a partir da Lei de Acesso à Informação (2012), o Sistema CEP-CONEP e as instâncias de participação política indígena, tal como a 1º Conferência Nacional de Política Indigenista (2015). Desde a publicação do relatório da CPI da FUNAI e INCRA, em maio de 2017, demonstra-se a lógica de revelação de dados e fatos como estratégia de produção de verdade. Afinal, a produção da verdade tem se baseado, no "ocidente", no arranjo de dados materializáveis, sejam eles 'empíricos'-observacionais ou jurídico-confessionais. É pensando na persistência desse modelo que gostaria de pensar a produção de formas ativas de dados e informações, sobretudo quando ela tangencia um padrão de ativismo da informação, que está em voga nos dias de hoje. Afinal, a demanda por dados e o seu controle, seja para fins científicos ou políticos, pautam diversas arenas do contexto sociopolítico brasileiro. Como exemplo, podemos observar a demanda por dados durante da CPI da FUNAI-INCRA e até mesmo nas deliberações da I Conferência Nacional de Política Indigenista que teve como uma das propostas urgentes no Eixo 6 - Direito à Memória e à Verdade que exigiam a consulta prévia às populações indígenas. Essa composição de demandas, da produção de dados para desvelar a verdade não evidenciada, via audiências em uma CPI, ou na produção compartilhada de conhecimento entre indígenas e pesquisadores para garantir a eticidade na



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

construção de dados, tem um novo ator no cenário brasileiro, o uso, de forma ativa, de dados considerados 'públicos'. Com 'forma ativa de uso de dados', refiro-me à prática de extração de dados e mineração de dados, prática que se torna comum e pode ser resumido, para leigos, como o procedimento de coletar, correlacionar dados e procurar padrões a partir da dinâmica interna dos banco de dados. Os dados epidemiológicos dentro do SUS são sistematizados no SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, que se tornou abrangente a partir de 1996. Neles, dados ambulatoriais, de procedimentos e de serviços especializados ficam armazenados dentro do DATASUS. Dois marcos são importantes para discorrermos sobre esse processo em tela, a partir de 2013, os dados sobre atenção Psicossocial foram incluídos, e com isso, dados sobre o atendimento à saúde mental foram sendo associadas à Portaria 508 de 2010 que insere o termo etnia a partir de uma lista de 264 etnias indígenas. A confluência dessas duas informações, quando cruzadas, resultou no seguinte quadro para o período de 2014 a 2016, de 643324 atendimentos relacionados à atenção psicossocial. Ao analisar os dados, fica evidente a desproporcionalidade dos dados, na qual mais da metade dos casos foram registrados na etnia Arikose, que não está listada em banco de dados como o do ISA e nem mesmo no da própria SESAI. Assim como a ocorrência do F19.2 e F10.2, dependência ao álcool e outras drogas, recorrente na discussão sobre saúde indígena, e os dados de esquizofrenia paranoide e da esquizofrenia que saltam aos olhos. Sobretudo se balizada às discussões sobre a vulgarização dos transtornos psiquiátricos e os processos de medicalização da saúde mental. Resultados: A partir desses dados, foram solicitadas informações via Lei de acesso à Informação, no qual foram solicitados dados sobre saúde mental indígena inseridos no SIASI. Observa-se que na tabulação e sistematização dos dados, as opções entre discriminar tipo de ação, grupo e público etário variam. Para além da discussão ético-teórica da intervenção psicossocial em crianças de 0-4 anos, os dados obtidos revelam diferentes formas de compreender a forma de distribuição e categorização das informações. No SIA-SUS, a evidência da etnia como indicador importante, junto à categoria raça/cor, para evidenciar a inequidade dos serviços de saúde demonstra como os dados epidemiológicos passam a ser frágeis quando comparados em suas diferentes formas oficiais. As ocorrências registradas no SIA-SUS via DataSus, as que foram obtidas para os anos de 2014-2015, e as do ano 2016, pela SIASI-SESAI via Lei de Acesso à Informação, mostram cenários de saúde mental completamente diferentes. É importante ressaltar que os registros possíveis no SIASI são de indígenas aldeados e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atendidos em contexto de aldeamento. O que é importante ponderar com essa exposição de dados é a própria objetificação imediata que números e dados vem recebendo nos dias de hoje. No Brasil, desde a promulgação da Lei de Acesso à Informação, em 2011, que transforma o direito à informação em direito fundamental, vários são os movimentos sociais e organizações não governamentais que fazem uso desse dispositivo para promover o controle social das ações do governo. O intuito dessas ações é trazer dados que mostrem a realidade das ações do governo em diversos campos. Entretanto, técnicas como essas, de publicização de dados, somadas às técnicas de extração e mineração de dados, não necessariamente trazem realidade para o debate, mas alguns elementos para a discussão pública do tema. Como aponta Gabriela Colleman, as técnicas utilizadas pelos hackers aproximam-se mais das armas geeks para a demonstração e evidenciação de estratégias de obtenção de dados e sua exposição e não necessariamente como forma de obtenção e revelação da verdade. Fica evidente como em diferentes esferas das políticas públicas da saúde indígena, o território, DSEI, e a etnia são utilizados como elementos em torno dos quais os dados são apresentados. Considerações finais: Faz-se necessário refletir sobre o modo como esses dados são produzidos e geridos para então utilizá-los como elementos de compreensão do cenário de políticas públicas indígenas, assim como colocar em constante problematização o papel dos dados de epidemiologia como elementos que circunscrevem e ajudam a promover a estigmatização de populações ao normatizar identidades e padrões de patologias. Por fim, é importante ressaltar que o papel do Estado como controlador dos dados de vida e morte, e com isso das ocorrências de saúde e doença, de populações indígenas ou não, é tão naturalizada que permanece, nos dias de hoje, a prerrogativa que dados públicos podem ser utilizados sem reflexões éticas maiores, vide a Resolução 510 do Sistema CEP CONEP, que determina que II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011; não precisam passar pela análise de comitês de ética em pesquisa do Sistema CEP-CONEP. Afinal, como lembra Carlo Caduff entre outros pesquisadores, a retórica da transparência e de governo de dados abertos traz consigo práticas de sigilo. É nessa ótica que se torna necessário repensar as formas de produção de conhecimento e seus desdobramentos dentro dessa economia de sigilo. Palavras-chave: saúde mental; saúde indígena





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DO OUTRO LADO DA FRONTEIRA: AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE AOS INDÍGENAS VENEZUELANOS DA ETINIA WARAO EM MANAUS.

Wanja Leal

Apresentação: As transformações macrossociais em escala planetária têm impactado sobremaneira, na realidade de diversos grupos humanos, especialmente daqueles mais vulneráveis socioeconomicamente, ocasionando nos últimos anos, ciclos migratórios mundialmente registrados e o recrudescimento de fenômenos que confluem para sua ocorrência e imprevisibilidade tais como: o fortalecimento do autoritarismo estatal, o empobrecimento das famílias, as guerras, perseguições político-religiosas, culturais, étnico-raciais, de gênero, as catástrofes ambientais etc. Segundo Martine (2005), uma atuação efetiva frente ao processo das migrações internacionais no século 21, exige uma compreensão de como a globalização afeta os deslocamentos espaciais da população. Na contemporaneidade, o horizonte do migrante não se restringe à cidade mais próxima, nem à capital do estado ou do país. Ainda segundo o autor, o dinamismo e a força principal da globalização residem na integração econômica, forjada, imposta e gerenciada pelas regras do liberalismo econômico, que em síntese se mostram seletivas e provocam o abismo entre ricos e pobres, resultando, dentre outros fenômenos, nas migrações. O Brasil tem se constituído destino para milhares de pessoas que, por razões diversas, deixam seus países de origem. Estudos e relatos sobre as formas como o Sistema Único de Saúde (SUS) vêm respondendo às demandas decorrentes desse fenômeno podem contribuir para o fortalecimento de estratégias tecnicamente efetivas e éticas em nível de gestão pública, a exemplo que vem ocorrendo em Manaus/AM, diante do fluxo migratório dos indígenas venezuelanos Warao desde o último trimestre de 2016. Desenvolvimento do trabalho: Em 2017, os números oficiais da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos (SEJUSC) registraram um crescimento exponencial desses migrantes em Manaus. Com o aumento gradual e a visível situação de vulnerabilidade dessas pessoas na capital, o Departamento de Atenção Primária (DAP/NUSGE) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), empreendeu diversas e importantes medidas de atenção e vigilância voltadas à promoção e ao cuidado em saúde, principalmente aos grupos prioritários e mais suscetíveis aos agravos de saúde como: recém-nascidos, crianças, grávidas e puérperas, adolescentes e idosos, por



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

meio de ações coletivas de saúde, acompanhamento direto dos casos agudos e Rodas de conversa com as lideranças indígenas sobre autocuidado e corresponsabilidade em saúde. Procedimentos metodológicos: Inicialmente a SEMSA realizou visitas in loco para traçar o perfil epidemiológico e levantamento das necessidades de atenção à saúde, no Terminal Rodoviário e nas casas localizadas nos bairros Educandos e no Centro da capital por meio do Consultório na Rua (CnaR) e Distrito de Saúde Sul (Disa Sul). A partir disso, cinco ações de saúde de grande porte foram realizadas conforme o aumento do fluxo migratório na capital e o conseqüente aprofundamento dos fatores de morbi-mortalidade decorrentes das precárias condições de saúde e de moradia, carência nutricional, cobertura vacinal inexistente, muito baixa ou desconhecida etc., agravadas pelo elevado número de crianças e idosos expostos às variações climáticas nas vias públicas e áreas de grande fluxo de veículos e pessoas. Além disso, a SEMSA implantou uma equipe de saúde no Terminal Rodoviário responsável pelo acolhimento e resposta imediata aos casos agudos assim que chegavam a capital, onde foram realizados cerca de 250 atendimentos. Posteriormente, com a alocação das famílias no Abrigo do Coroado, esta foi transferida para o local, onde garantiu atenção e cuidados diretos, e por meio de vinculação do abrigo a Unidade Básica de Saúde Ivone Lima, referenciada no território. Nesse local, realizou-se aproximadamente 2.400 atendimentos, entre exames, encaminhamentos, consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, além de dispensação de insumos e medicamentos. A partir da constatação da alta vulnerabilidade epidemiológica das famílias residentes no Centro, a SEMSA instalou em parceria com a Cáritas Arquidiocesana de Manaus, uma equipe fixa em um espaço cedido pela instituição, visando à disponibilização da mesma carteira de serviços de saúde, o que permitiu dar continuidade às políticas emergenciais aos imigrantes já iniciadas em maio na rodoviária. Com a alocação das famílias do Abrigo do Coroado para as casas de aluguel social localizadas nas cinco zonas da capital, a SEMSA realizou georreferenciamento de cada domicílio, mantendo ações locais de cuidado e atenção por meio do CnaR e estabelecendo vinculação das famílias à Rede de Atenção Primária (RAP) de cada território. Segundo dados do CnaR, somente nas ações locais realizadas em 2017, foram efetivados cerca de 18.636 atendimentos pela equipe multiprofissional do Consultório na Rua, os quais foram devidamente subsidiados por orientação psicossocial, mobilização, busca ativa, produção e registros expressos em relatórios técnicos. Resultados e impactos: O perfil epidemiológico dos migrantes aponta para grande incidência de doenças imunopreveníveis e respiratórias,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desnutrição infantil, escabiose, pediculose, verminoses, infecções gastrintestinais, pneumonia, tuberculose, ulcerações, colite, problemas odontológicos, dentre outros agravos de saúde. Diante deste quadro, os impactos positivos alcançados pelas ações da SEMSA foram variados e relevantes, pela adoção de medidas oportunas de atenção e vigilância a partir de ações de controle e prevenção. Isso evitou o agravamento dos problemas identificados, a incidência de surtos epidemiológicos e a melhoria considerável dos indicadores de saúde das famílias atendidas, mediante saúde odontológica, atualização do cartão vacinal, imunização, vermifugação, exames de pele, consultas farmacêuticas, TDO/Tuberculose, testagem rápida e aconselhamento em IST/Aids, acompanhamento sanitário, imunização, e dispensação de medicamentos, consultas de enfermagem, e de medicina, visitas in loco, acompanhamento social e atividades de educação em saúde além do referenciamento e contrarreferenciamento para outros níveis de atenção em saúde. Considerações finais: As respostas institucionais na área da atenção primária se mostraram efetivas e em tempo oportuno, contribuindo sobremaneira para a redução dos agravos de saúde e as vulnerabilidades a que estas famílias estavam expostas. O elevado grau de vulnerabilidade das famílias propiciava e, ainda impõe, um quadro preocupante de saúde, demandando a SEMSA ações emergenciais e estratégias de saúde contínuas fundamentadas na universalidade, no acolhimento humanizado e na participação social previstos pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. A despeito de todo o trabalho que vem sendo realizado pela Rede de Atenção Primária (RAP), a questão da saúde entre os indígenas Warao ainda se constitui em uma prática desafiadora para a atenção primária em Manaus, principalmente pela grande incidência de agravos entre as crianças, pois os casos complexos exigem não apenas a abordagem direta aos indígenas, mas o acompanhamento caso a caso, com visitas hospitalares, interlocução com as outras políticas, busca ativa, realização de relatórios de casos, reuniões, mobilização de outros setores e instituições, entrega e administração diretamente observada de medicamentosa e muito diálogo para que o tratamento, proteção e recuperação da saúde desse público, seja uma realidade. Essas respostas contribuem para o fortalecimento do SUS como uma política inclusiva, solidária e universal, que acolhe todos os sujeitos sociais, independentemente de suas origens, etnia ou nacionalidade, enfim, como um direito de cidadania. Palavras-chave: Saúde, migração, indígenas Warao.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PRÉ-HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE QUILOMBOLA ILHA DE SÃO VICENTE NO ESTADO DO TOCANTINS

Adriano Neves, Priscila Figueredo, Fernando Quaresma, Erika Maciel

Pré-hipertensão Arterial é uma condição caracterizada por pressão arterial sistólica entre 121 e 139 e/ou pressão arterial diastólica entre 81 e 89 mmHg. A Pré-Hipertensão Arterial está diretamente interligada com o maior risco para o desenvolvimento de um quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica instalada, potencializando consideravelmente o surgimento de doenças cardiovasculares. O estudo objetivou investigar a prevalência de Pré-Hipertensão Arterial em indivíduos adultos da Comunidade Quilombola Ilha de São Vicente no estado do Tocantins. Trata-se de um estudo observacional transversal. Para coleta de dados foi realizado medição casual da pressão arterial, em um período de cinco dias, três medições durante a manhã e três a noite. Foi utilizado manômetro de mercúrio, de marca Tycos, com braçadeiras de duas dimensões diferentes (adultos e obesos) e estetoscópio de marca Littman Os dados foram analisados com pacote estatístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 23.0) adotando um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A amostra foi definida a partir dos 77 (100%) indivíduos elegíveis para os seguintes critérios de inclusão: adultos a partir de 18 anos, ser residente e descendente da comunidade Quilombola Ilha de São Vicente, assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os que se recusaram a participar da pesquisa e/ou não localizados após três tentativas. A amostra foi de 66 indivíduos. A pré- Hipertensão Arterial apresentou-se prevalente em 14 (21,2%) dos quilombolas, destes, 10 (71,4%) eram mulheres. Este achado pode estar associado à disfunção hormonal e a menopausa precoce, onde a mulher perde a proteção estrogênica tornando-se suscetível ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os resultados evidenciaram as vulnerabilidades que a comunidade está inserida, demonstrando a necessidade de intervenções no âmbito dos serviços de saúde. A inserção de políticas intersetoriais com alcance educacional, desenvolvimento social, serviços públicos de saúde e cultura, representariam melhorias nos aspectos de qualidade de vida, pois haveria minimização de fragilidades, ajustamentos de desigualdades e alcance de melhores índices de saúde. Palavras-chave: Pré-Hipertensão; Comunidades Vulneráveis; População Negra



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DO HTLV ATENDIDOS EM INSTITUTO DE INFECTOLOGIA

Élida Hennington, Flávio Rezende, Ionara Silva, Mary Lucy Pinto, Stephanie Martins, Ana Claudia Leite, Sandra do Valle

**INTRODUÇÃO:** Identificados na década de 1980, o HTLV-I e II são retrovírus cuja transmissão se dá pelas vias sexual, hematogênica e vertical. Cerca de 90% dos indivíduos são assintomáticos, porém a infecção é perene e até 7% dos portadores podem desenvolver problemas de saúde incapacitantes e de prognóstico reservado como leucemia, linfoma e doenças neurológicas graves. Estimativas apontam que o Brasil possui o maior número absoluto de indivíduos infectados pelo HTLV, com prevalências variando de 750 mil a 2,5 milhões. Segundo o Ministério da Saúde, esta ampla variação resulta da escassez de estudos populacionais no país. Contribuem para a invisibilidade sanitária e social do HTLV a não exigência de notificação compulsória de casos e a ausência de rastreio do vírus na rotina pré-natal. Este quadro dificulta a promoção de ações educativas, de prevenção e de controle da infecção. Também há poucos estudos sobre o perfil e a trajetória das pessoas afetadas que propiciem melhorias na rede de atenção à saúde. **OBJETIVO:** Conhecer o perfil epidemiológico de pessoas afetadas pelo HTLV atendidas em instituto de infectologia. **MÉTODO:** Trata-se de estudo epidemiológico descritivo a partir da análise de prontuário eletrônico. **RESULTADOS:** O número de pacientes da coorte HTLV registrados no instituto é de 1301 indivíduos e, do total, 977 possuem prontuário. Destes, 391 são considerados inativos – sem registro de comparecimento há dois anos ou mais, 108 faleceram e 478 encontram-se em acompanhamento. Do total de indivíduos em acompanhamento, a maioria são mulheres (58%), acima de 60 anos (51%), 46% são brancos e 52% pardos e negros e 48% possuem escolaridade até o ensino fundamental. Cinquenta e seis por cento são moradores da cidade do Rio de Janeiro, embora muitos residam na Baixada Fluminense (26%), São Gonçalo e Niterói (8%). Em relação à situação familiar, 70% vivem com o cônjuge ou familiar. Os dados clínicos e de comorbidades estão sendo analisados. Observou-se subregistro de variáveis importantes como ocupação e religião e a ausência de variáveis de interesse como vínculo empregatício e previdenciário, uso de preservativo, uso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outras. **CONCLUSÃO:** Existe necessidade de melhoria da qualidade



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

do registro no prontuário eletrônico para uma melhor caracterização dos usuários. Novos estudos deverão ser implementados para investigação de histórias de vida, itinerários terapêuticos, bem como dos motivos de abandono do acompanhamento.

Palavras-chave: HTLV, epidemiologia descritiva, serviços de saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### RELAÇÃO DA INFECÇÃO DO ZIKA VÍRUS EM GESTANTES E A INCIDÊNCIA DA MICROCEFALIA EM RECÉM-NASCIDO

Terezinha Almeida Queiroz, Iago Roque Rolim Dos Santos, Francisca Darlene Martins De Moraes, Samya Coutinho De Oliveira, Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

**APRESENTAÇÃO:** Nos últimos anos, houve uma elevada prevalência de casos de Microcefalia que reconheceram a ligação com o ZKV. Antes, esse fato não era divulgado no Brasil, não se sabe, porém, se por inexistência ou por desconhecimento de casos. Hoje, os profissionais de saúde das diversas áreas buscam reduzir os quadros deste fenômeno, considerando o combate ao mosquito transmissor, como ação prioritária no seu âmbito de atuação. Sabe-se que o ZKV é transmitido pelo mosquito *Aedes*, incluindo o *Aegypti* e o *Albopictus*, foi visualizado em 1947 em macacos da Floresta Zika, apenas em 1951 houve os primeiros indícios em seres humanos nos países da África, Ásia e Oceania. O ZKV também pode ser visível na gestação, afeta a placenta, o líquido amniótico e o recém-nascido, possibilitando a Microcefalia. Há questionamentos quanto à frequência e a transmissão Perinatal do Zika. Estudos associaram a transplante de órgãos ou tecidos, bem como determinados tratamentos para fertilidade, constituem riscos teóricos para a transmissão do ZKV. Pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Universidade da Califórnia, realizaram um estudo nos Estados Unidos, quando acompanharam a gestação de 42 mulheres infectadas por Zika e constataram que destas, 29% esperavam bebês com alterações no sistema nervoso central. Nenhuma delas apresentou outro fator de risco para microcefalia, como sífilis, citomegalovírus e rubéola haviam sido afastadas nos exames. No que diz respeito ao Brasil, foi noticiado às primeiras manifestações do vírus em 2015. O País foi o primeiro a identificar a associação entre a infecção do Zika vírus na gestação com a ocorrência de microcefalia em recém-nascidos (RN), hoje, sua presença está evidenciada em aproximadamente setenta países. A escolha da temática se deu após perceber que a infecção do Zika Vírus em mulheres grávidas é preocupante, que pode lesionar o feto em qualquer período da gravidez, além de comprometer a saúde de ambos e também modificar o sistema nervoso central do bebê. Baseando-se na dimensão do impacto problemático citado fez-se surgir o seguinte questionamento: Qual a relação da infecção pelo Zika vírus em gestantes com a microcefalia de seus recém-nascidos? Quais as intervenções que devem ser realizadas



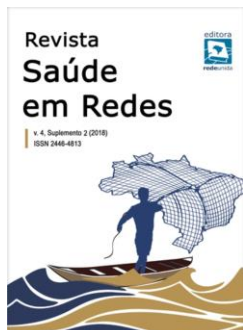
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pelos enfermeiros na atenção à saúde da mulher grávida para evitar infecção pelo Zika vírus? São imprescindível termos conhecimento científico sobre a infecção pelo Zika Vírus durante a gestação para obtermos as medidas de intervenções individuais/coletivas que sejam adequadas a cada caso. É necessário, também, que a gestante tenha orientações sobre todo o processo de infecção pelo Zika Vírus para poder lograr com mais eficiência a assistência e do cuidado implementado desde o início do pré-natal, a fim de propiciar uma melhor qualidade de vida tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Acrescenta-se que atualmente parece que existe uma atenção especial às gestantes para evitar a infecção pelo vírus, pois as equipes de saúde envolvidas neste processo tem a função de primar pelas orientações e pelas ações de promoção da saúde, salientando desta maneira a prevenção de novos casos. O conhecimento produzido através deste estudo, certamente será relevante cientificamente para a Enfermagem, pois apresentará dados essenciais que poderá aprofundar novas investigações e novos conhecimentos sobre o vírus da zika, especialmente em gestantes desde os primeiros meses de gestação. É importante conhecer também, sobre as capacidades e competências do profissional enfermeiro, pois assim amplia-se o saber enquanto profissionais e categoria. Bem como, fortalecem as ações em enfermagem, através da divulgação de experiências, condutas e ações. Além de ampliarem o conhecimento sobre a atuação de enfermagem e o cuidado às gestantes e recém-nascidos com Microcefalia, fornecendo subsídios para implementação de estratégias em saúde, formulação de novas práticas e intervenções e a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem. Sendo o objetivo principal, conhecer por meio da literatura científica a relação da infecção do zika vírus em gestantes com a incidência dos casos de microcefalia em recém-nascidos.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, com abordagem qualitativa. O local da pesquisa se deu em varias bases de dados, buscando artigos científicos pesquisados no banco da biblioteca virtual em Saúde - BVS, SCIELO - ScientificElectronic Library Online, Google acadêmico, LILACS, etc. A população desse estudo será composta dos artigos selecionados nas bases de dados SCIELO (7), IBECs (1), LILABS (2) e MEDLINE (2), pois neles concentram-se grande parte das publicações na área de enfermagem. Há 443 trabalhos relacionados ao Zika Vírus e Microcefalia publicada no ano de 2016. Foram excluídos 249 duplicados e lidos os resumos de 194 trabalhos que abordam sobre as gestantes. Dos 194 trabalhos apenas 16 foram lidos por completos e desses apenas 10 foram selecionados para elaboração do estudo, sendo seis artigos e 4 editoriais. A coleta





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2016. Foram adotados como critérios de inclusão: artigos sobre zika vírus na gestação e microcefalia em recém-nascidos; nos artigos de livre acesso; em idioma inglês, português ou espanhol; publicados na íntegra no ano de 2016. E foram excluídos todos os estudos em duplicidade, monografias, resenhas, livros, teses e dissertações e os artigos que, de alguma forma, não responderem à questão norteadora da pesquisa, por meio da leitura dos resumos. A realização dos levantamentos bibliográficos e a análise dos resultados ocorreram no período de dezembro de 2016.

**RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os estudos foram copilados e segregados em dois eixos:

I) Evidências da relação infecção do vírus Zika com a microcefalia: Não há dessemelhança entre as manifestações clínicas verificadas nas mulheres infectadas pelo vírus Zika, na condição grávida ou não. Sabe-se que a infecção pelo vírus Zika pode ser sintomática ou assintomática. Nos casos sintomáticos, os sintomas, normalmente, aparecem alguns dias depois da picada de um mosquito infectado. A maioria das mulheres grávidas sintomáticas apresentam erupções, que são muitas vezes maculopapulares e pruriginosas. Outras poderão ter febre, conjuntivite, dores articulares, dores de cabeça, dores musculares e sentir cansaço. Isso varia, conforme cada caso/paciente.

II) Recomendações para prevenção e remanejamento clínico da infecção pelo vírus Zika em gestantes: As estratégias destinadas a reduzir consideravelmente a potencial ameaça de infecção pelo vírus Zika devem, portanto, incluir esforços concertados para proporcionar um acesso sustentável e equitativo a água segura e limpa, a aplicação consistente de práticas de saneamento e higiene e o tratamento apropriado dos resíduos a nível das comunidades.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A freqüente ocorrência de caso de microcefalia despertou a atenção de pesquisadores e de todas as forças ligadas à saúde, tanto no Brasil, quanto no mundo. Ainda não se sabe exatamente o que está levando ao aumento dos casos, mas diante dos resultados apresentados conclui-se claramente que a microcefalia esteja mesmo relacionada a infecção pelo Zika vírus. Vale ressaltar que além da busca incessante pela confirmação dessa associação e do modo de transmissão, os estudiosos buscam sempre orientar os profissionais de saúde para a prevenção e manejo da doença ZKV, principalmente em gestantes. Fica claro que a disseminação de informações confiáveis e de maneira oportuna é essencial para a orientação aos profissionais de saúde e à população. É importante aprimorar o entendimento sobre essas patologias e publicar trabalhos/artigos que possam contribuir no controle vetorial, às arboviroses e a microcefalia.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: MICROCEFALIA; SAÚDE PÚBLICA; GESTANTES



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CARTOGRAFIA DE UM COTIDIANO DE TRABALHO E ATENÇÃO À CRISE NO CAPS AD III

Leiliana Maria Rodrigues dos Santos, Maria Paula Cerqueira Gomes, Marcelo Santos Cruz, Leila Vianna dos Reis

Reconhece-se que a construção de uma rede substitutiva de dispositivos comunitários para a saúde mental no país tem ocorrido de maneira significativa desde a década de 90. Sendo o CAPS III e o Acolhimento Noturno propostas organizacionais estratégicas para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido o Caps ad é um serviço de saúde que tem a função de operacionalizar uma política construída tanto para aqueles que desejam parar de usar drogas como para os que não desejam, cuja ênfase da atenção recai sobre as relações estabelecidas entre sujeito, droga e contexto sócio-político que produz e condiciona tais relações. Norteadas pela Redução de Danos. Esse estudo tem como objetivo identificar e analisar as ações estratégicas da equipe de um CAPS ad III para atenção à crise no cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas e a micropolítica do trabalho vivo. Foi realizado utilizando a cartografia e a observação participativa, com suporte do diário de campo, assim como entrevistas aos principais gestores do serviço desde a implantação. Ao olhar sobre a organização do trabalho encontramos um processo que possui movimentos e dinâmicas próprios, onde estão em ação atores que se aliam, mas que também se confrontam. A porta de entrada da unidade, ou seja, o acolhimento de primeira vez, é fundamental para todo o cuidado da pessoa que está chegando no serviço. Esse encontro pode acontecer a qualquer hora. A implantação de um serviço com Acolhimento Noturno representa mais um recurso no arsenal terapêutico e por permitir a continuidade do cuidado. Identificamos também que a valorização do vínculo entre profissionais e pacientes, e a escuta e a troca de práticas que contemplam a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas, além do reconhecimento do papel do CAPS ad III para acolhimento e apoio para as situações de maior gravidade. A importância de os profissionais conhecerem pessoalmente os demais atores da rede, para que no momento da crise o risco da interrupção do fluxo de trabalho seja menor. É frequente o acolhimento em leito-noite para usuários novos, sem contato prévio com a unidade, e o estabelecimento de parcerias com outros serviços, principalmente encaminhados pela emergência psiquiátrica. O cuidado intensivo realizado pelos CAPS III, antes da utilização do pernoite. Essa estratégia



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

inclui a participação em várias das atividades e garante a administração da medicação durante o dia, visitas domiciliares, contando com a rede de apoio do usuário. Os CAPS ad III no município do Rio de Janeiro apresentaram realidades distintas, conforme suas histórias de implantação, localização e gestão. Apesar do município ter porte populacional para implantação de CAPS III deparamos com uma rede “híbrida”, ou seja, com a presença de todas as modalidades de CAPS em sua composição. A presença dos CAPS III motiva a construção de uma “clínica antimanicomial”, pois propõem a utilização de recursos terapêuticos como estratégia de desinstitucionalização das práticas para os novos serviços, com ênfase no cuidado individualizado e no contexto da cidade. Assim vimos que o acolhimento noturno como dispositivo importante, porém não único, para acolher esse momento de crise. Podendo ser retaguarda de outros serviços da rede de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento Noturno; Crise; CAPS ad, Redução de Danos, Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### AValiação da AssistêNCIA EM UM CENTRO DE REFERêNCIA EM PSORÍASE NA PARAÍBA TENDO COMO PARÂMETERO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Valéria Leite Soares, Márcia Queiróz de Carvalho Gomes, Rebecca Porto Arcela, Paula Soares carvalho, Lays França de Queiroga Dutra

Apresentação: a psoríase é uma doença inflamatória crônica, que afeta a pele, unhas e ocasionalmente as articulações com ciclos de remissão e exacerbação. Sua prevalência varia de 0,6 a 4,8% na população mundial, afetando homens e mulheres igualmente. Há uma série de particularidades e comorbidades associadas à psoríase, entre elas a depressão, diabetes mellitus, hipertensão arterial, síndrome plurimetabólica, artrite psoriásica, outras. A doença promove limitações e incapacidades afetando a participação social, o lazer, as atividades laborais e de vida diária, sono e repouso, outras. As pessoas acometidas sofrem com preconceitos e estigma devido à aparência inestética de sua pele. Pensar no cuidado em psoríase, é se ater aos princípios da integralidade em saúde através de ações de prevenção de agravos, recuperação e promoção da saúde, através do trabalho interprofissional, favorecendo a qualidade de vida. Os usuários são avaliadores de como os serviços de saúde prestam assistência, cuidado e resolutividade as suas demandas, tanto na perspectiva individual quanto coletiva. sendo assim, desenvolvemos este estudo no Centro de Referência, Tratamento e Apoio aos Portadores da Psoríase da Paraíba com o objetivo de investigar a satisfação dos usuários do serviço em relação a assistência prestada às pessoas com psoríase que fazem tratamento no referido Centro de Referência, tendo como parâmetro a integralidade no cuidado. Desenvolvimento: trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2017, através de entrevista semiestruturada e analisada por meio da Análise de Conteúdo. Participaram 13 sujeitos escolhidos por conveniência. A pesquisa respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB) aprovada sob o protocolo nº 6103731.1.0000.5183. Resultados e discussões: Os dados sócio demográficos apontaram uma variação de idade entre 30 e 79 anos, com maior prevalência etária (38%) entre 60 e 69 anos. Mais da metade eram casados (54%) o que pode indicar possível rede de apoio no enfrentamento das adversidades da psoríase. No



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que se refere a escolaridade (54%) não concluíram o ensino fundamental, somente um sujeito concluiu o ensino médio e nenhum adentrou no ensino superior. Quanto a renda familiar verificou-se que 39% recebem um salário mínimo e os demais apresentam renda entre 2 e 4 salários mínimos, com exceção de um que não possui renda e mora com familiares. Tal fato pode ser indicativo da procura do serviço público de saúde, levando em consideração o alto custo do tratamento da psoríase quanto ao uso de medicamentos biológicos, além de exames e outras demandas. Apesar da baixa renda, 69% dos sujeitos possuem casa própria, em contrapartida verifica-se que 62% residem em outras cidades, longe do local de tratamento e somente 30% utilizam transporte ofertado pela prefeitura, podendo ser significar uma frágil responsabilização dos municípios em disponibilizar acesso aos seus munícipes para tratamento em sua região de saúde, sendo este pré-requisito para ordenação sanitária. O Centro de Referência tem em média 350 usuários cadastrados e uma equipe multiprofissional com Médico e residentes em dermatologia; enfermeira e técnica de enfermagem; terapeuta ocupacional (docente) e discentes do sexto período. Para uma melhor compreensão dos dados coletados, foram criadas três categorias: Categoria I – Percepção dos usuários em relação ao atendimento médico; Categoria II – Percepção dos usuários em relação ao atendimento de enfermagem; e Categoria III – Percepções dos usuários em relação ao atendimento da Terapia Ocupacional. Em relação a Categoria I procuramos saber como os usuários percebiam a consulta médica, se conseguiam esclarecer suas dúvidas, se recebiam esclarecimentos quanto à psoríase, as comorbidades e o tratamento. Os resultados apontaram relação de empatia entre os usuários e o profissional médico. Esta empatia se articula com a formação de vínculo, aspectos importantes na adesão ao tratamento, levando-se em consideração a adversidade da psoríase. A comunicação efetiva na relação médico/usuário foi outro ponto positivo, pois ela melhora a compreensão sobre a doença em si e seu processo, sobre o tratamento e demandas do paciente/usuário. Na Categoria II procurou-se saber sobre o atendimento da enfermagem. As atribuições destes profissionais no serviço vão desde do agendamento dos usuários até a avaliação e consulta de enfermagem, além de várias demandas burocráticas, organizacionais, de exames e medicações. O fluxo de pacientes à sala de enfermagem é intenso o que proporciona uma sobrecarga de serviço. Os dados apontaram que apesar da demanda intensa do serviço, a enfermeira consegue satisfazer o usuário com seu atendimento, acolhendo-o, esclarecendo as dúvidas, explicando sobre o tratamento, exames e demais ações de sua competência.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Com relação a técnica de enfermagem, os entrevistados relatam sobre seu trabalho com algumas reservas, citam que poderia ser melhorado, pois em alguns momentos a relação era difícil. Observou-se que, muitas vezes, a relação com os usuários não colaboravam na formação de vínculos, produzindo um afastamento destes, o que contribui para fragilizar o cuidado. Tal situação não era constante, mas prejudicava o acolhimento, inibindo o usuário de esclarecer suas dúvidas e de dar resolutividade as suas necessidades. Na Categoria III, atendimento da Terapia Ocupacional no serviço - acolhimento do Café da Manhã com Prosa e aplicação dos protocolos de qualidade de vida e das condições articulares respectivamente - Dermatology Quality of Life Index (DLQI) e Psoriatics Arthritis Screening and Evaluation (PASE), que a partir dos escores altos e áreas ocupacionais comprometidas, eram realizadas orientações quanto as atividades cotidianas e proteção articular, observou-se diante das percepções dos entrevistados, que o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade e abertura para a escuta e o diálogo, favoreceram o vínculo, a adesão ao tratamento, assim como, mudanças no cotidiano, promoção do autocuidado e melhor compreensão sobre a doença. Considerações finais: A integralidade no cuidado às doenças crônicas, em especial na psoríase, é fundamental na resolutividade das demandas, levando em consideração a abrangência de diferentes fatores que incidem na qualidade de vida dos sujeitos acometidos. O usuário deve ser acolhido em suas necessidades, e os profissionais serem sensíveis a elas, compreendendo a dimensão da doença e suas repercussões na vida dos acometidos. A humanização do cuidado, o apoio em rede de atenção, o cuidado na clínica e com a subjetividade não são fragmentados. Observamos que os usuários entrevistados se sentem acolhidos pelos profissionais, dando real destaque à atenção dispensada e ao atendimento da demanda. Observou-se maior fragilidade na equipe de enfermagem, o que nos faz refletir sobre a sobrecarga destes profissionais no serviço, sendo esta uma possibilidade, onde a demanda não permite uma maior atenção, apesar do esforço dos profissionais. Entretanto, surgem questões que ainda devem ser investigadas, como as necessidades de espaço físico, infraestrutura, organização do fluxo, reuniões para discussão de casos e a proposta de um trabalho mais incisivo de autocuidado. Ter diferentes profissionais em um serviço, não garante por si só a prática multiprofissional. Os resultados apontaram que a assistência no Centro de Referência está pautada nos princípios da integralidade, há um compromisso da equipe em criar vínculos, acolher os usuários, o que ajuda na corresponsabilidade do tratamento, fazendo com que eles também sejam protagonistas no processo.

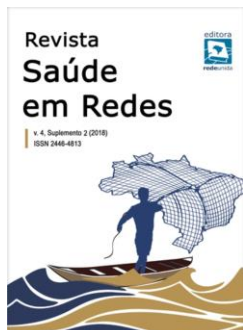


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Psoríase; integralidade; avaliação da assistência





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### O COTIDIANO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM CAMPO GRANDE/MS: MANIFESTAÇÕES E AGENCIAMENTOS EM CURSO

Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado, Mara Lisiane de Moraes Santos, Leila Simone Foerster Merey, Vera Lúcia Kodjaoglanian

#### Apresentação

Em geral, as políticas indutoras de mudanças no modelo tecnoassistencial em atenção primária no SUS carecem de dispositivos de desterritorialização, cujos agenciamentos pouco contribuem com as transformações propostas. No município de Campo Grande/MS, o Programa Mais Médicos figura como objeto de pesquisa do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas de Saúde e Educação em Saúde-Mato Grosso do Sul. Trata-se de uma pesquisa cartográfica junto aos médicos, gestores, trabalhadores de saúde e usuários do Programa Mais Médicos, durante os agenciamentos realizados nesse contexto. Esta pesquisa aborda as afecções manifestadas pelos sujeitos do trabalho em seus enfrentamentos cotidianos no ato de cuidar, seus problemas relevantes, potencialidades e fragilidades no decurso desse programa.

#### Objetivo

Analisar as manifestações e problematizações dos participantes da segunda Oficina do Programa Mais Médicos no município de Campo Grande/MS.

#### Método

O estado de Mato Grosso do Sul realizou em 27/10/2017 a segunda oficina Mais Médicos, reunindo médicos, membros das equipes e gestores de unidades de saúde da família do município de Campo Grande, visando a problematização do cotidiano do trabalho desses sujeitos. As questões que nortearam a discussão focaram os desafios do trabalho, suas potencialidades, fragilidades, bem como enfrentamento dos problemas elencados, mediante elaboração de um plano de ação.

Os participantes foram divididos em grupos de discussão, onde deveriam refletir sobre o cotidiano do processo de trabalho em saúde da família, elencar potencialidades e fragilidades e elaborar um plano de ação. As conversas trouxeram diferentes olhares, embates e afecções



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sobre os modos de acolher e cuidar. Os principais assuntos que emergiram nos grupos de trabalho foram sistematizados e apresentados a seguir.

### Resultados

No grupo representado pelas UBSF São Conrado, Jardim Batistão, Zé Pereira, Serradinho, o conceito de acessibilidade variava quanto às formas de acolher o usuário. As UBSF São Conrado e Serradinho utilizavam o acolhimento como dispositivo de triagem e controle de demanda, com agendamento programado semanal e/ou mensal. Em outras (Jdim Batistão e Zé Pereira), as práticas do acolhimento traziam a perspectiva de inclusão da pessoa, segundo critérios de vulnerabilidade e risco. Em todas essas unidades, as visitas domiciliares têm sido diárias para determinados membros das equipes, que acionam outros profissionais segundo critérios de vulnerabilidade e risco biopsicossocial.

Nesse grupo, apenas uma unidade mantinha agenda fixa para ações programáticas (hiperdia, idosos, tabagismo, gestantes, planejamento familiar), sendo um sinal positivo de ruptura com o paradigma da atenção fragmentada. Houve consenso no grupo acerca da reunião de equipe se desenvolver semanalmente por equipe, e mensalmente interequipes, pautando cronograma semanal/mensal, discussão de casos/PTS, planejamento de ações, capacitações, etc.

A explicitação das potencialidades traduziu um bom fluxo de afetos entre os profissionais das equipes e comprometimento na produção do cuidado organizado. A precarização do trabalho em questões estruturantes, tais como equipes incompletas, falta de medicamentos, materiais de consumo, comprometia a resolubilidade. Outro ponto relevante apontado foi a baixa cobertura da ESF em campo Grande (44%), e, a conversão lenta ao E-SUS, acarretando retrabalho aos profissionais por digitação dupla dos procedimentos. O plano de ação proposto pelo grupo foi ampliar a resolutividade da AB, com ações de capacitação, telessaúde, matriciamento.

O segundo grupo foi representado pelas UBSF Ana Maria do Couto, Mário Covas, Vila Fernanda, Paulo Coelho, São Conrado, Tarumã. O cotidiano de trabalho dessas equipes perpassava pelo acolhimento com escuta qualificada, que consensualmente era realizado em todas as unidades. No entanto, o sentido de acolhimento variava, ora como auxiliar de triagem para controle de demanda, ora como dispositivo de inclusão, conforme a necessidade de saúde. Por exemplo, a UBSF Ana Maria do Couto e São Conrado realizavam acolhimento



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

uma vez na semana, com agendamento previsto para semana seguinte. Mário Covas e Tarumã realizavam acolhimento quinzenalmente. Paulo Coelho e Vila Fernanda, diariamente. Apenas Paulo Coelho conjugou o dispositivo de escuta qualificada de modo a diferenciar demanda e necessidade de saúde. Ora, se o acolhimento traz implícito o princípio de inclusão, sem hora nem dia marcado para acontecer, parece um contrassenso transformá-lo em ação programática. Quando ausente de escuta da demanda, restringe-se a acessibilidade.

As reuniões de equipe acontecem semanal e quinzenalmente e todos os membros das equipes participam, exceto na UBSF Tarumã, que convida os ACS somente quando pauta assuntos pertinentes às suas atribuições. Não relataram os objetivos de tais reuniões. Ora, se a reunião de equipe representa um espaço aberto à revisão das práticas, deveria ter objetivos definidos e incluir todos os profissionais das equipes.

Foram referidas boas condições em ambiência nas unidades e comprometimento dos profissionais com a produção do cuidado, ainda contabilizado por produção de procedimentos. A precarização da situação do trabalho foi manifestada por equipes incompletas, falta de insumos básicos e fragilidade na coordenação e continuidade do cuidado. O plano de ação focou no problema da atenção ao público masculino e propôs acolhimento e cuidado em horários estendidos uma vez na semana para atividades de atenção urológica, saúde sexual e reprodutiva, IST, tabagismo, alcoolismo, condições crônicas. Em relação aos problemas de gestão, o foco foi na melhoria do acesso à média e alta complexidade, implementação das equipes e provimento de insumos indispensáveis aos serviços.

O terceiro Grupo referiu realização de agendamento semanal e relevou o compromisso das equipes e parcerias intersetoriais com NASF, academia e equipamentos sociais de apoio. A precarização do trabalho foi manifestada por equipes incompletas, áreas descobertas, alguns locais com estrutura física inadequada, falta de insumos básicos e produtos inerentes ao serviço. Nesse grupo, o plano de ação considerou a necessidade de enfrentamento ao problema de falta de informação do usuário e da participação do conselho local de saúde. A atividades propunham adoção de acolhimento e melhoria das informações ao usuário, bem como a implementação da reunião de equipe em discussão de casos e trocas de experiências.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O grupo quatro explicitou organização da atenção por demanda espontânea e programada, porém ainda com dificuldade na classificação de risco e escuta qualificada, resultando em disparidade no agendamento programático e espontâneo, em visita domiciliar e reunião de equipe. As potencialidades enaltecem a união entre as equipes, o comprometimento e o trabalho em grupos. As fragilidades elencadas traduziram a precarização do trabalho por equipes incompletas, falta de materiais e insumos, a classificação de risco e questões culturais, tais como a desinformação e má educação do usuário diante do desequilíbrio entre oferta e demanda. A desordem crescente da demanda com epidemias de DST e condições crônicas. Problemas de desordem na gestão: falta de RH, insumos e duplicidade de sistemas de informação. O plano de ação contextualizou o problema da dificuldade de corresponsabilização do usuário e profissional de saúde com a promoção do cuidado. As atividades elencadas foram no sentido de aumentar a resolutividade da atenção básica, criar ambulatório diário de apoio ao acolhimento.

Os processos grupais de agenciamentos do saber, poder e subjetivação valorizam os picos de desterritorialização, enquanto buscam fomentar novas associações no sentido de atualizar a potência desejante dos sujeitos e coletivos. Tais processos merecem ser considerados à luz da teoria do dispositivo, para que se possa analisar melhor seus efeitos.

Palavras-chave: saúde da família; micropolítica; políticas de saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ESCREVIVÊNCIA DE AFETAÇÃO AO ESCUTAR RITMOS DE (RE)EXISTÊNCIA: QUEM TEM MEDO DAS (OS) KAINGANG?

Carine Capra-Ramos, Larissa Barbosa Almeida

### Apresentação

O presente trabalho trata-se de uma escrevivência, advinda da inserção de duas residentes multiprofissionais na Aldeia Kaingang Por Fi Ga, situada em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul (RS). Pontua-se que a escrevivência foi transpassada por afetos ambivalentes de enfrentamentos, medos, rupturas, (des)continuidades, reexistência, reinvenções e corporemente presentes no desafio de narrar-e-refletir sobre os itinerários, afetos e notas de desassossego produzidas nesta travessia, nas inconstantes águas da Saúde Mental Coletiva. A escrevivência objetiva, por meio da mediação de nossos afetos, traduzir a experiência vivida em experiência representada, para que seja possível narrá-la, partilhá-la e promover furos na bolha da invisibilidade construída sobre bases sólidas, duras e frequentemente silenciadoras no que tange a escuta implicada ao bem viver dos povos indígenas que são diversos e singulares.

### Desenvolvimento

Adentrando em território indígena, compreendendo que o território vivo contempla além da topografia e geografia do local, os contatos com este universo simbólico nos apresentam questionamentos e desafios que ultrapassam a responsabilidade social de promover o respeito e exercer o dever de preservação de uma cultura ancestral. Estamos construindo uma relação com um corpo que se nutre pela possibilidade de existir mesmo que imersas em uma cultura baseada na busca lucrativa por resultados dizimadores. Ao adentrarmos esse território vivo, percebemos que o que nos guia é a hipótese de que o direito à existência nos está sendo apresentado enquanto ponto central das relações a serem estabelecidas, em uma cultura que insiste em (r)existir em um espaço-tempo próprios.

Reconhecendo a diversidade como um valor e que há um aparato discursivo que legitima o que é homogêneo no lugar de fala, almejamos compartilhar as sensações sentidas ao se afetar pela presença do outro, não falar por. Os nós que desejamos partilhar são testemunhos de fluxos de (des)afetos, os quais vivenciamos em uma tentativa de construir linhas de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

cuidado em saúde mental a uma comunidade indígena de etnia Kaingang na Região Sul do Brasil.

O percurso foi trilhado por mulheres, atuantes no campo da saúde mental coletiva, habitantes de corpos sensíveis à afetação no contato com o som dos tambores. Ciclos iniciam-se, encerram-se e reiniciam-se, compasso rítmico inerente ao movimento vital. Como carregar a possibilidade de co-criação de um ambiente facilitador e promotor do movimento do ciclo, que respeite o ritmo que está sendo tocado por nós, mas também conosco?

No Brasil, a agenda econômica encontra-se dissociada da agenda socioambiental. Em tempos de importantes litígios com grandes empreiteiras, mineradoras e conflito por terras passíveis de exploração, nota-se que a mídia se faz presente majoritariamente enquanto reprodutora do discurso oficial, cujo viés é desenvolvimentista, colonizador e excludente, (de)marcando os territórios existenciais dos povos originários, indígenas, quilombolas e ribeirinhos ora como “recursos” naturais passíveis de exploração e ora como espaços destituídos de subjetividade, de seres vivos, de vidas e de narrativas próprias. Ou seja, caminham lado a lado a postura oficial etnocida e ecocida. Como atravessar a bolha colonizadora que bloqueia o som dos tambores e tampona a possibilidade de exercício de escuta e promoção de ações de cuidado? Desejamos por meio dessa escrevivência, compartilhar algumas perguntas co-construídas artesanalmente a partir dos afetos, na/pela disponibilidade para o encontro.

Que valores envolvem e implicam os cor-ações de quem se aquece ao indignar-se com a parcialidade produzida pela bolha? O medo seria a emoção que atravessa a bolha ou se acopla na superfície desta? Qual barulho silencia-a-dor? Que afetos o silêncio, enquanto velocidade da escuta, colore a pintura dos encontros transformadores de som silenciados para o som do silêncio que se transforma em dito audível possível de escuta? Qual caminho se pretende trilhar, após cinco séculos em que se construiu um modelo, cujo itinerário tem sido silenciando? Nem todo mundo ouve, lê, toca e vê o som da mesma maneira, o que possibilita uma polifonia de subjetividades, em contraposição a uma mono(tono)fonía estagnante.

Disponíveis ao contato e fazendo uso dos afetos, percebemos os aromas que guiam o/ao encontro em/do território indígena. O território e o corpo e os corpos enquanto territórios. O direito e a vida, há 517 anos lutando pelo direito de existir. Como permitir-se guiar pelas percepções? Que lugar ocupa o encontro de vozes decoloniais aberto às diferenças?



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Escolhemos ser buscadoras de sentido nas brechas das ações públicas de saúde, reconhecendo a imersão em um sistema estatal colonizador e racista. É possível que o mesmo agente violador de direitos fundamentais também promova cuidado? A contradição do movimento reparador de um etnocídio histórico pelo mesmo Estado violador nos convida a uma constante análise de implicações. Precisamos co-criar um novo jeito de se relacionar com quem nos compartilha que a vida pode ser percebida por um outro espaço-tempo. Afetando-se pelo contato com outro, quem torna-se outro? Ao escutar dos tambores, nos tornamos outro? Que(m) é outro?

O debate sobre as linhas de cuidado e desenhos tecnoassistenciais alcançam outro mercado por um universo simbólico singular? Nos interessa dialogar sobre as diretrizes indigenistas na sua forma de afeto, quais são os espaços de visibilizar outros dizimados pela matriz colonizadora? No nosso contato com a alteridade, estamos (re)produzindo relações de poder que subalterniza ou possibilita o protagonismo de formas de existência?

Descolonizando a escuta andaremos por outros ritmos, disponíveis no momento em que fluímos em uma velocidade diferente. Nossa relação (cosmovisão, economia, política) foi construída baseada em outro tempo, muito rápido nos desencontramos e não sintonizamos. Então, pausamos.

Por um corpo vibrátil que se afete na presença do/com outro. O caminhar junto tenciona os passos a se movimentarem em outra velocidade. Que sentidos o tempo em que se vai junto carrega? De mãos dadas é possível produzir batuques polifônicos ao orquestrar a vida. Percebemos esse trabalho como um dispositivo que possibilita o escutar de sons que vibram na velocidade do encontro dotado de historicidade, mas que se dá sempre no presente. Por uma (r)existência de um sistema/fluxo encontros centrado!

### Considerações finais

Por compreendermos que nossa ética e prática profissional estão diretamente ligadas às necessidades e demandas da época em que vivemos, escrever é importante ferramenta que possibilita problematizar as matrizes geradoras de conhecimento hegemônicas e produtoras de saber e pensar como co-construir caminhos exitosos de mudanças. Ademais, documentar, possibilitar a escuta, a visibilidade e a problematização da relação dialética entre as narrativas autobiográficas e as condições sociohistóricas é romper com a compactuação de ações etnocidas e ecocidas de silenciamento.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Por fim, é preciso ampliar a discussão sobre a importância do lugar geográfico enquanto um lugar político de existência, pois em uma sociedade marcada pela exclusão do dito diferente, o fazer saúde precisa estar conectado intersetorialmente e trabalhar em rede, se dialogar com os determinantes sociais de saúde e garantir que as políticas públicas cheguem aos que se encontram excluídos e destituídos de direito a existência, em decorrência de Políticas que demarcaram exatamente esse não-lugar. Ademais, o direito a existir tal como se é deve ser garantido e promotor de acesso a espaços coletivos, de representatividade, e de direito à afetividade, Kaingangs não são apenas um nome ou estatísticas. Posto isso, nós, a sociedade dita civil, iremos refletir sobre nossa co-responsabilidade e consentimento às violações diárias que acontecem em prol do desenvolvimento econômico, com financiamento do BNDS e dinheiro público?

Palavras-chave: Reexistência; Afeta-ção; Bem Viver Indígena





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### RISCO DE QUEDA EM IDOSOS CADASTRADOS NOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS-AM

Roger Martinho Figueira Farias, Ghedria Loyana Martins Batista, Fernanda Farias Castro, Rafaela Pantoja Cavalcante, Cleisiane Xavier Diniz, Luan Guimarães Pessoa, Everaldo Ordones Souza, Flavia Maia Trindade

**APRESENTAÇÃO:** A população mundial vem modificando sua pirâmide etária gradativamente nos últimos anos devido o aumento do número de pessoas idosas, impulsionado pela grande taxa de natalidade observada nas décadas de 1950 e 1960, e da diminuição da taxa de fecundidade atual, que acaba por fazer com que os idosos se tornem parte significativa na população mundial total. Apesar de este fenômeno ser melhor observado em países desenvolvidos, os países subdesenvolvidos e os emergentes, já experimentam os efeitos dessa mudança. No Brasil 24.933.461 têm 60 anos ou mais e no Amazonas a taxa de envelhecimento deverá chegar a 31,46% em 2030. No município de Parintins o número de idosos é de 7.153 indivíduos, comparado ao número total de idosos no Amazonas que é de 210.225 significando que Parintins possui 3,4% da população total de idosos do Estado. Esse processo de mudança etária na população, leva a outras circunstâncias vivenciadas pelas pessoas que envelhecem não tão agradáveis, como as doenças crônicas e outros agravos decorrentes da perda da capacidade no processo de envelhecimento. A queda do idoso é um desses agravos, gerando inúmeros problemas, principalmente ao reduzir sua autonomia, independência ou necessidade de institucionalização. Na maioria das vezes a queda de um idoso repercute de maneira negativa não apenas no aspecto do trauma físico, mas também nos aspectos emocionais do idoso pelo medo de cair novamente e no cuidado domiciliar e familiar que o idoso precisa. Ao avaliar o risco de queda no idoso, é possível identificar a sua fragilidade e quais fatores podem melhorar para diminuir esse risco, assim como propor medidas educativas e de cuidados. O objetivo deste estudo foi avaliar o risco de queda em idosos cadastrados nos grupos de convivência da Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação – SEMASTH de Parintins, traçando o perfil sócio econômico dos mesmos, identificando fatores intrínsecos que podem ocasionar quedas, bem como avaliando equilíbrio estático, dinâmico e a qualidade da marcha. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo transversal descritivo com uma



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

abordagem quantitativa que ocorreu no Município de Parintins – AM. É o segundo município mais populoso do Estado do Amazonas, segundo o censo do IBGE do ano de 2016, tendo uma população Estimada de aproximadamente 112.716 habitantes, dos quais 7.272 são idosos, sendo que destes 5.256 moram na zona urbana e 2.016 são habitantes da zona rural do município. A pesquisa teve como participantes os Idosos, cadastrados nos 11 grupos de convivência da Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação – SEMASTH de Parintins. Dos 1.286 idosos, foi retirada uma amostra estratificada de 296 idosos que para participar da pesquisa precisavam estar com a Capacidade Cognitiva preservada. Foram excluídos idosos com alguma deficiência física, acamados e os que se declaram indígenas pela restrição da pesquisa. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com dados socioeconômicos e a aplicação do Teste de Tinetti e o TUG que tem confiabilidade apreciável e ambos são de fácil aplicação. O teste de Tinetti avalia o controle postural (equilíbrio) e a qualidade da marcha. A soma do teste de equilíbrio com o teste de marcha gera um escore que pode ter uma pontuação máxima de 28 pontos, quanto menor o escore obtido maior o risco de queda, um escore menor que 19 é indicativo de alto risco de queda. O TUG baseia-se no tempo em que o indivíduo demanda para executar o que é pedido. O desempenho do teste é afetado pelo tempo de reação, força muscular dos MMII, equilíbrio e habilidade para a marcha. O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob o protocolo CAEE 78876117.0.0000.5016 e parecer de aprovação nº 2.363.992. RESULTADOS: Dos 296 idosos participantes, 117 (39,5%) eram do sexo masculino e 179 (60,5%) eram do sexo feminino entre 70 a 75 anos e a que apresentou menor número de idosos foi a de 90 a 95 anos com apenas 1,4%. A renda mensal estava entre um a menos de dois salários (72,3%). Apesar disso, 11,3%, sobrevivem com renda mensal inferior a um salário mínimo. Em se tratando de moradia, 202 entrevistados (68,2%) disseram morar em casa de alvenaria. O principal problema de saúde mencionado foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que foi declarada como problema de saúde de 148 (50%) idosos, seguido de Osteoartrose (19,6%) e Diabetes Melitus Tipo 2 (16,9%); 197 (66,6%) necessitam tomar algum medicamento regularmente. 85 (29%) idosos afirmaram ter tido quedas no último ano, o que equivale a 29% do total de entrevistados, destes, 37 (43,5%) tinham problema de visão, audição ou ambos. Relacionado a atividades físicas 191 idosos afirmaram praticar algum tipo de atividade física, sendo que a caminhada e a dança foram as atividades mais citadas,

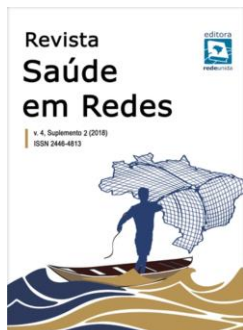


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

respectivamente 46,6 e 35,1% dos praticantes de atividade física. Para estes a regularidade da pratica tem maior frequência entre 1 e 2 vezes por semana. A maioria dos idosos (67,9%) que realizaram o Teste TUG, fizeram o percurso entre 10 e 20 segundos, classificados como moderado de dependência, 16 (5,4%) realizaram o teste em mais de 20 segundos configurando maior grau de dependência e maior risco de queda. Já em relação ao Teste de Tinetti 283 (95,6%) obtiveram a pontuação final do teste (soma do teste de equilíbrio com a avaliação da marcha) maior ou igual a 19 pontos, o que significa risco baixo de queda, os que apresentaram risco maior de queda foram apenas 13 participantes, ou seja, apenas 4,4% do total. O estudo mostrou que os idosos com maior probabilidade de queda, são de ambos os sexos, com idade mediana de 77 anos, que não realiza exercícios físicos regulares. Além disso, a pesquisa mostrou que idosos que têm alguma doença ou agravo à saúde relacionado, e que o fato de o idoso tomar medicamentos relacionados a doenças crônicas interfere de maneira a aumentar o risco do mesmo de cair. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entendemos que alguns fatores importantes ainda necessitam de melhor apreciação para caracterização mais adequada do perfil dos idosos com maior tendência em cair como os fatores extrínsecos, principalmente os relacionados a moradia, ambiente fora de casa como o quintal ou mesmo as calçadas e ruas da cidade, que não oferecem condições adequada de acesso ao idoso assim como aumenta sobremaneira do risco de quedas. Ainda assim entendemos que o trabalho mostrou grande relevância para a comunidade Parintinense tendo em vista não dispormos de um número significativo de trabalhos deste gênero que proporcionem suporte à intervenções coletivas. Os resultados subsidiarão as ações da SEMASTH na promoção da Saúde e Qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: envelhecimento, idoso, queda, risco de queda



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA NO CUIDADO AO PRESO NO PATRONATO PENITENCIÁRIO DE PERNAMBUCO

Reviane Santos Bernardo, Suely Mascarenhas, Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

#### Introdução

O presente trabalho busca apresentar um programa de visita domiciliar, realizado no Patronato Penitenciário de Pernambuco, no período de fevereiro a julho de 2015 através de uma parceria entre a Secretaria de justiça e Direitos Humanos (SEJUDH e o Patronato Penitenciário de Pernambuco.

Reconhecido como uma ferramenta importante de atenção à saúde mental, a visita domiciliar possibilita a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, fortalecer os vínculos da pessoa privada de liberdade, do profissional e da instituição na promoção de saúde, prevenção e reabilitação tanto da doença como do crime. O programa demonstrou uma importância diante de uma visão sistêmica, consistindo no entendimento do preso na sua integralidade, como parte de um sistema orgânico e mutável, que sofre influência de diversos fatores internos e externos a prisão. Esse trabalho justifica-se pela importância de ter um programa de reinserção social no momento que o preso sai da prisão e ingressa na sociedade, tendo em vista o elevado nível de vulnerabilidade e preconceito que o acompanha nesse processo.

O objetivo do programa visita domiciliar foi diminuir a distância entre a pessoa privada de liberdade, a família, a instituição e a sociedade através de ações de saúde e educação como direitos do cidadão brasileiro.

#### Da Liberdade condicional

Nos termos da legislação brasileira, egresso é a situação jurídica de todos aqueles que obtêm o livramento condicional, durante o período de prova, o liberado definitivo, pelo prazo de um ano a contar da saída do estabelecimento penal. Nos dois casos citados, a pessoa encontra-se solta, mas ainda está sob a custódia do Estado que o puniu. Com o benefício do livramento condicional o sujeito tem a permissão para terminar de cumprir a pena em liberdade. O livramento condicional é última etapa do sistema penitenciário progressivo que funciona como um substitutivo penal, que se coloca de novo no convívio social o criminoso que já apresenta



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

índice suficiente de regeneração, permitindo-se que complete o tempo da pena em liberdade. É a concessão da liberdade antecipada do preso, mediante o cumprimento de certos requisitos legais.

A concessão do livramento condicional no Estado do Pernambuco acontece no Conselho Penitenciário, com a realização de uma cerimônia solene, impondo algumas condições. O artigo 137 da Lei de Execução Penal orienta que as condições devem ser lidas na presença dos egressos, Sendo advertidos que o descumprimento de qualquer uma delas pode ensejar a revogação do benefício e até mesmo a regressão para o regime mais rigoroso, sendo as seguintes regras 1) Residir no endereço declarado; 2) Recolher-se em sua residência até as 23:00 horas, salvo caso fortuito ou força maior; 3) Não mudar de endereço sem prévia comunicação ao juiz nem se ausentar da comarca sem autorização; 4) Comparecer ao setor interdisciplinar penal, determinado pelo juiz; 5) Exercer trabalho honesto e comportamento exemplar na sociedade; 6) Atender com rapidez e boa vontade as solicitações das autoridades judiciárias e policiais, e fornecer todas as informações requisitadas pelos órgãos de fiscalização destas condições; 7) conduzir documento identidade, cópia deste termo de audiência e carta de livramento, para exibi-lo s quando necessários; 8) não frequentar locais de má fama, não ingerir bebidas alcoólicas, não portar armas, e nem se fazer acompanhar de pessoas de maus costumes; 9) recomenda-se participar de a atividades religiosas de formação cristã.

Embora a liberdade condicional seja uma das últimas etapas que o preso cumpre antes de conseguir a liberdade definitiva essa etapa acaba sendo muito difícil, pela falta de apoio dos órgãos competentes pelo tratamento pós-prisão. Pois muitos retornarão à sociedade, “despreparados” e “estigmatizados”, como criminosos e marginais convivendo com todo tipo de exclusão. O estigma enfrentado pelos presos é “um atributo que o torna diferente dos outros deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estranha e diminuída sem direito ao exercício da sua cidadania plena.

### Metodologia

O projeto foi realizado no período de 10 de fevereiro a 31 de julho de 2015, foram realizadas 836 visitas domiciliar aos egressos no endereço fornecido pelo mesmo no momento do acolhimento no Patronato Penitenciário, as visitas foram distribuídas em três áreas integradas de segurança com o maior índice de violência e reincidência criminal, computando



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

23 bairros da grande Recife por uma equipe composta de 02 psicólogas, 02 assistentes sociais, 1 pedagoga e 1 enfermeira durante 04 dias na semana e 08 visitas diárias.

O procedimento referente ao projeto foi organizado da seguinte forma: Ao chegar na residência era preenchido um formulário onde todos os dados individuais, histórico familiar, problemas de saúde, interesse pelos estudos, aptidão por algum tipo de trabalho que pudesse facilitar sua ressocialização. Caso fosse necessário o egresso e seus familiares eram encaminhados para receber os devidos acompanhamentos: psicológico, social, orientação jurídica, e avaliação em saúde mental e demais serviços disponíveis.

Das 836 visitas que foram efetuadas, neste período, faz-se imperioso registrar que 83 reeducandos não foram localizados, na primeira visita. Nesse caso, foram tomadas as seguintes providências:

- a) Foi anexado, nas fichas de assinaturas, um formulário próprio, acusando uma advertência, onde todos os reeducandos que se encontravam na situação supracitada, deviam trazer um comprovante de residência atualizado, para poderem, assim, cumprir as suas obrigações legais;
- b) As famílias dos reeducandos, em apreço, foram contatadas, através de ligações telefônicas, onde foram solicitadas informações acerca da localização de tais reeducandos.

### Resultados esperados

As visitas possibilitaram um contato mais próximo com os familiares dos presos, onde as suas histórias de vida foram capazes de nos revelar aspectos sociais relevantes e que necessitavam de um apoio efetivo e encaminhamentos imediatos;

Em alguns casos onde não foram encontrados. As visitas provocaram a reação da família que logo informaram onde eles estavam. E outros quando chegaram a suas residências, foram informados pelos colegas sobre a visita que o Patronato realizou. A par dessa informação, eles se apresentaram ao Patronato Penitenciário, imediatamente, motivados pela preocupação com a sua situação jurídica e o motivo da visita.

### Considerações finais

Tendo em vista os aspectos observados na pesquisa, como já se era esperado, acusamos que as visitas domiciliares, repercutiram de forma positiva no funcionamento das atividades do Patronato Penitenciário, possibilitando um contato mais próximo com os egressos e seus



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

familiares, criando um espaço onde ambos assumiram um maior compromisso com a instituição no cumprimento da pena, proporcionando para toda a equipe do patronato à plena satisfação de um cumprimento efetivo de suas finalidades institucionais, legalmente previstas, concretizando, ao fim, o escopo que todos almejamos: a maior pacificação social possível e ampliação das oportunidades de exercício da cidadania. Seria oportuno ampliar as pesquisas neste domínio, no sentido de identificar a necessidade de políticas públicas afirmativas de inserção socioeconômica dos envolvidos de modo a lhes favorecer a geração de renda, exercício da cidadania e realização pessoal, ampliando suas possibilidades de bem-estar psicológico e saúde mental plena.

Palavras-chave: Ressocialização; Educação em Saúde; Exercício da Cidadania; Promoção da saúde mental.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

Mariana Borges Sodré Lopes, John Lennon da Silva Santos, Volmar Morais Fontoura, Marcela de Oliveira Feitosa, Iolanda Graeep Fontoura, Marcelino Santos Neto, Floriacy Stabnow Santos, Fernando Luiz Affonso Fonseca

**Introdução:** A sífilis congênita é sem dúvida um indicador da qualidade da assistência pré-natal, já que é um agravo de saúde passível de prevenção por meio da identificação e tratamento adequado das gestantes infectadas e seu parceiro sexual ainda no pré-natal. E quanto antes for feito o diagnóstico da sífilis na gestação, menor será a chance de haver transmissão vertical para o conceito, desde que o tratamento seja feito corretamente e monitorado através dos testes sorológicos para sífilis. Acredita-se que anualmente ocorram aproximadamente cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis congênita no mundo e que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita, assim como a sífilis em gestantes, causem milhões de abortos, natimortos e malformações congênitas, sendo um grave problema de saúde pública, principalmente em países emergentes. **Objetivo:** Determinar a incidência sífilis congênita em uma maternidade pública de referência para a região sudoeste do estado do Maranhão, localizada em Imperatriz-MA. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado de janeiro a dezembro de 2014. Dados obtidos a partir das fichas de notificação do serviço de vigilância epidemiológica do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, maternidade pública de referência para toda região. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão sob o parecer nº 161.895. **Resultados e Discussão:** O número de nascidos vivos em 2011, 2012, 2013 e 2014 foi respectivamente 6.132; 5.825; 6.155 e 6.465 crianças. Nos mesmos anos foram notificados 88; 71; 40 e 66 casos de sífilis congênita respectivamente. Encontrou-se que a incidência da sífilis congênita em 2011 foi 9,62 casos para cada 1.000 nascimentos. Em 2012 a incidência foi 11,9; em 2013 a incidência foi 6,4 e em 2014 10,2 por cada 1.000 nascimentos. A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública, principalmente em países emergentes. Apesar do Ministério da Saúde ter proposto a eliminação da sífilis congênita até meados do ano de 2000, tal objetivo não foi alcançado, tampouco a meta de 1 caso para cada 1.000 nascidos vivos, uma vez que a ocorrência de sífilis congênita na





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

maternidade pública de Imperatriz-MA foi superior a meta preconizada pelo Ministério da Saúde. É importante que a detecção dos casos de sífilis ocorra ainda no pré-natal, evitando assim a transmissão vertical para a criança. Conclusão: Concluiu-se que a incidência da sífilis congênita na presente casuística está muito acima da recomendação do Ministério da saúde. Diante disso se tornam necessárias medidas efetivas para o fortalecimento de políticas voltadas para a Atenção Básica, uma vez que essa é responsável para prevenir, diagnosticar e tratar os casos diagnosticados na gestação, visto que o processo de prevenção da sífilis congênita é feito por ações simples, eficientes e de baixo custo e dependem do diagnóstico da sífilis entre as mulheres gestantes e seus parceiros.

Palavras-chave: congênita, Incidência, Maternidades.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO M-CHAT NA TRIAGEM DE TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Franciléia Santos Azevedo, Judith Barroso Queiroz, Jonissa da Silva Rodrigues

**INTRODUÇÃO:** O transtorno do espectro autista, popularmente conhecido como autismo, é caracterizado por déficits e dificuldades na comunicação e interação social, associados a interesses e atividades restritas e circunscritas. Suas características podem ser detectadas nos primeiros anos da infância. Quanto mais precoce for o diagnóstico, mais rápido o tratamento poderá ser iniciado, possibilitando resultados positivos mais expressivos, uma vez que a velocidade de formação de conexões cerebrais e a neuroplasticidade estão na fase de maior desenvolvimento. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Pela sanção da Lei nº 13.438/2017, que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar protocolos padronizados para a avaliação de riscos ao desenvolvimento psíquico de crianças de até 18 meses de idade. A nova norma foi publicada no Diário Oficial da União em 26 de abril e começou a valer 180 dias depois. Em parceria com o site Autismo & Realidade, a SBP está disponibilizando uma triagem, composta por um questionário com 23 questões, com resposta sim ou não, que devem ser respondidas pelos pais ou cuidadores durante a consulta pediátrica. A aplicação do questionário será realizado em todas as crianças de 6 à 30 meses de idade atendidas na Unidade Básica de Saúde pela pediatra. **RESULTADOS:** O resultado do questionário somado a exames físicos vai levar o pediatra a orientar os pais a procurarem um tratamento adequado. Além de indicar sinais de autismo, os resultados podem apontar a existência de outros transtornos de desenvolvimento, como por exemplo, atraso na linguagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O autismo é um espectro que pode se manifestar com diferentes intensidades: desde formas mais leves até mais graves. Hoje a prevalência do espectro autista é de um bebê para cada 88 em todo o mundo. Por ser uma combinação de fatores genéticos com ambientais, a incidência em todos os continentes é semelhante. É fundamental o acompanhamento do desenvolvimento de todas as crianças na tentativa de evidenciar precocemente, o diagnóstico precoce pode beneficiar a todos.

Palavras-chave: autismo, métodos de triagem, desenvolvimento infantil



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA PARA A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Enivaldo Soares de Melo Junior, Andréia Pessoa Da Cruz, Fábio Pereira Soares

### APRESENTAÇÃO

O referente trabalho consiste no relato da experiência em uma viagem vivenciada por acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pará, juntos a docente e orientadora responsável pelo projeto de extensão “Rio Acima, Rio Abaixo: A Enfermagem Cuidando da Pressão Arterial dos Ribeirinhos da Amazônia”. Tal projeto tem o intuito de levar assistência de enfermagem e promover educação em saúde sobre a hipertensão arterial sistêmica, para as comunidades ribeirinhas da região amazônica. Essa doença crônica, ainda que mostre respostas eficientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, permanece sendo um desafio para a saúde pública, haja vista a sua alta prevalência na população mundial e altos custos médicos e socioeconômicos. O projeto também busca coletar informações através de formulários aplicados durante entrevistas semiestruturadas para o levantamento de dados epidemiológicos na região.

As viagens ocorrem quinzenalmente e são organizadas pelo programa Luz na Amazônia, o qual possui parceria entre a UFPA e a SBB (Sociedade Bíblica Brasileira). Os trabalhos desenvolvidos no projeto são oferecidos no próprio barco-hospital que oferece desde atendimentos de emergência até cirurgias de pequeno porte. Logo, buscamos ressaltar a importância do desenvolvimento de projetos que ofereçam qualidade de vida as comunidades em vulnerabilidade e precariedade, como os ribeirinhos. Ademais, evidenciar a eficiência da educação em saúde através de ferramentas educativas, como o “Quiz Hiperdia”, pois proporciona a autonomia dos usuários na qualidade de vida e prevenção de doenças crônicas como a hipertensão que, mesmo sendo assintomática, é capaz de comprometer o organismo como um todo levando a sérias complicações.

### DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Os envolvidos na experiência são 2 acadêmicos do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, do 3º e 9º período sob orientação da docente da atividade curricular “Introdução à Enfermagem” e coordenadora do projeto citado. As



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

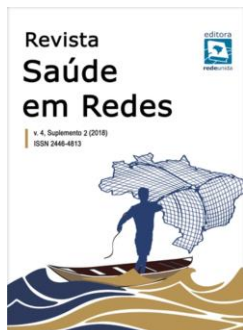
## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

viagens acontecem de 15 em 15 dias, na cidade de Belém do Pará, no rio Guamá e são realizadas em um barco-hospital que oferece estrutura completa para os mais diversos atendimentos de saúde, contemplando o trabalho da equipe multiprofissional de saúde, haja vista a presença de profissionais e acadêmicos de outros cursos como farmácia, medicina, nutrição, fisioterapia, entre outros.

O atendimento da equipe de enfermagem é dividido em três momentos, sendo respectivamente: apresentação dos discentes e da docente, a aplicação da dinâmica denominada “Quiz HIPERDIA” e a entrevista semiestruturada com aplicação do formulário, anamnese, orientações e assistências de enfermagem (análise de sinais vitais, dados antropométricos e teste de glicemia). No primeiro momento todos nós fomos apresentados aos participantes cadastrados no programa que foram admitidos ao barco para atendimento, falamos de forma geral o objetivo do projeto, bem como o seu funcionamento. Em seguida, buscamos saber o conhecimento prévio da comunidade em relação à hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus (geralmente associada à hipertensão) para instigar a participação de todos.

No segundo momento aplicou-se o “Quiz HIPERDIA”, esse consiste em uma dinâmica com perguntas e respostas relacionadas aos conceitos, sinais e sintomas, tratamento e prevenção da hipertensão e diabetes. Para o desenvolvimento da dinâmica foram utilizadas duas tecnologias educativas: um quadro com as perguntas do quiz e um dado em tamanho aumentado. Nós pedimos que alguém se manifeste para jogar o dado e ver qual número foi sorteado, em seguida retiramos a placa com o respectivo número que está cobrindo a pergunta do quadro e lemos em voz alta para todos os participantes. Solicitamos uma pessoa para responder a pergunta sorteada, independente de está acertando ou errando. Se houvesse necessidade, nós intervimos ao final de cada resposta acrescentando alguma informação pendente ou corrigindo as respostas baseando-se nas literaturas e utilizando uma linguagem ilustrativa, acessível e objetiva com exemplos relacionados à realidade da comunidade.

No terceiro momento realizamos a entrevista semiestruturada na qual buscamos esclarecer dúvidas ainda presentes sobre as doenças, analisar os seus hábitos de vida e orientá-los para a adesão de comportamentos que proporcionam qualidade de vida. Os ribeirinhos já diagnosticados com hipertensão e/ou diabetes também foram orientados sobre a importância do tratamento medicamentoso associado aos hábitos do cotidiano. Em seguida prestamos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

serviços básicos de enfermagem como aferição dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, pulso e respiração), medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corpórea) e teste de índice glicêmico para comparar aos padrões de normalidade e, caso houvesse necessidade, solicitávamos à docente um encaminhamento para o atendimento médico. É válido ressaltar que a presença de queixas durante o atendimento resultou em intervenções mais específicas através da assistência de enfermagem garantindo conforto e bem-estar físico e mental.

### RESULTADOS E/OU IMPACTOS

Durante a apresentação, quando falamos sobre o nosso intuito em ajudar a comunidade, conseguimos iniciar a construção de um ambiente interativo e descontraído, fundamental para o início da dinâmica propriamente dita. Ao aplicarmos o “Quiz HIPERDIA”, houve participação ativa dos usuários, graças à segurança que foi passada a eles para exporem os seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida. A complementação feita por nós após cada resposta também demonstrou ser benéfica para a interação, pois reafirmava a necessidade de ouvirmos para então intervirmos. Surgiram algumas dúvidas sobre as doenças ao final da dinâmica que claramente foram sanadas. Portanto, percebemos um entendimento básico sobre o conceito, sinais e sintomas, tratamentos e prevenções da hipertensão e diabetes.

No decorrer das entrevistas semiestruturadas observamos uma alta incidência de comportamentos, principalmente alimentares, que prejudicam a saúde dos ribeirinhos. A farinha de mandioca e de tapioca, o açaí, o peixe frito e o frango com pele são alguns dos alimentos presentes diariamente nas refeições que nos despertou preocupação em relação à prevenção de doenças crônicas e agravo das mesmas. Alguns usuários relataram sinais e sintomas característicos das referidas doenças, apresentado alterações nos padrões de normalidade durante a aferição de sinais vitais, dados antropométricos e teste de glicemia. Outros já eram diagnosticados como portadores de diabetes e hipertensão e estavam em tratamento medicamentoso. Logo, receberam orientações relacionadas aos hábitos alimentares, práticas de exercícios físicos e importância de seguir corretamente o tratamento.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa experiência na viagem proporcionada pelo projeto percebe-se o quanto é fundamental a construção de trabalhos como esses, haja vista a garantia da promoção da



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

saúde por meio da educação em saúde e assistência de enfermagem às comunidades que se encontram em vulnerabilidade, como os ribeirinhos da região amazônica. Tais experiências também são benéficas para os acadêmicos da área da saúde, haja vista garantir a práxis, ou seja, o conhecimento teórico-prático necessário para a formação de profissionais capacitados no atendimento de populações em condições precárias, com poucos recursos financeiros e sem nenhum amparo à saúde. Por fim destaca-se o papel da enfermagem como fundamental, pois o olhar holístico é capaz moldar a assistência de enfermagem ao público envolvido bem como despertar interesse nestes em assumirem autonomia na própria saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão; Promoção da Saúde; Enfermagem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PANORAMA DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA

Cláudio de Albuquerque Lisbôa, Hitamar Almeida dos Santos Junior, Filipe Augusto Oliveira da Silva, Antenor Matos de Carvalho Junior, Sílvia Maria Farias dos Santos, Ana Paula Costa Diniz, Lane Souza da Silva, Rodrigo Ruan Costa de Matos

A triagem neonatal constitui uma importante estratégia desempenhada pela Atenção Primária para proporcionar a efetividade do tratamento de doenças com possibilidade de detecção precoce, podendo colaborar com diminuição da sobrecarga dos níveis mais complexos de atenção à saúde. Ao considerar a dimensão da importância desse serviço, e a existência de limitações à aplicação dessa política pública de saúde nos Centros de Referência e Unidades Básicas de Saúde, este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade da aplicação do Programa Nacional de Triagem Neonatal no município de Santarém e analisar como estão dispostas suas informações. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, quantitativo, longitudinal e retrospectivo, onde se realizou a análise de informações sobre a eficácia deste serviço de saúde pública na Atenção Básica no município de Santarém, estado do Pará, no período de agosto de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram coletados por meio de pesquisa dos resultados dos exames de triagem neonatal disponibilizados na plataforma digital do Laboratório de Pesquisa em Apoio Diagnóstico (LAPAD), sendo analisados 3577 resultados expedidos no período supracitado. A relação da distribuição dos exames realizados no período da análise indica que o Centro de Referência da Criança é responsável pela coleta de 62,28% (n=2228) das amostras. Quanto à classificação do serviço de triagem neonatal em Santarém, o município desempenha um serviço de Fase III, segundo classificação determinada pelo Ministério da Saúde. A faixa etária das crianças no momento da realização da coleta foi analisada, sendo que 60,4% (n=2161) do total de crianças realizou coleta entre 8 a 30 dias de vida, e 24,1% (n=864) realizou o exame após 30 dias de nascimento. A partir dos dados coletados foram avaliadas variáveis em dois períodos, sendo o primeiro de agosto a dezembro de 2016 e o segundo de janeiro a agosto de 2017, em relação à idade da criança na data da coleta, observou-se a idade média de 27,2 dias de vida no primeiro período e de 24,8 dias no segundo. Outro fator analisado foi o tempo gasto no transporte da data de coleta da amostra a data de entrada ao LAPAD, com uma média de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

13,4 dias e de 12,7 dias, respectivamente. Além disso, o tempo gasto para a emissão dos resultados teve médias de 236 e 257 dias, onde a idade média das crianças na liberação dos resultados foi 283,5 dias e de 279,3 dias. Das 3.577 crianças triadas, houve 74 pacientes com resultados alterados no município de Santarém, sendo 72 para Anemia Falciforme, Traço Falciforme e outras hemoglobinopatias, e dois para hipotireoidismo. Os dados achados neste trabalho podem contribuir para evidenciar a necessidade de efetivação de novos postos de coleta do teste do pezinho, assim como recomendar a implantação de um Laboratório Especializado em Triagem Neonatal no município, que corresponda à demanda da mesorregião do Baixo Amazonas e Tapajós.

Palavras-chave: Triagem neonatal, Teste do Pezinho, Erros Inatos do Metabolismo





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

NOVAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM DORES OSTEOMUSCULARES CRÔNICAS: REINVENTANDO APOSTAS E ENFRENTANDO O INSTITUÍDO NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (SBC)

Paula Bertoluci Alves Pereira, Valéria Monteiro Mendes, Larissa Ferreira Mendes dos Santos, Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Apresentação: Este trabalho integra a pesquisa Avalia quem pede, quem faz e quem usa (2013-2017) e se inscreve nas análises da Rede de Observatórios Microvetoriais de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, pela qual temos explorado análises de políticas públicas em cinco frentes. Destas, a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência e os arranjos fabricados a partir da implantação de um CER IV em SBC (2009-2016), bem como a reorganização da reabilitação no município. Adotamos a cartografia como metodologia, na qual o método é o encontro. Das tessituras produzidas na linha de cuidado à pessoa com deficiência, a do cuidado às pessoas com dores osteomusculares crônicas (DOC) ousou fabricar arranjos que envolveram gestores e trabalhadores de diferentes pontos da atenção, dados os desafios instalados. Um fazer a muitas mãos que apostou na costura de uma rede que desse visibilidade às disputas e aos nós relativos ao cuidado e que estivesse conectada com a produção de vida. A necessidade de discussão sobre o cuidado era pungente, considerando a recorrência do tema das DOC nos encontros de Educação Permanente (EP) do apoio em rede e nos territórios, devido às vivências cotidianas das equipes (atenção básica, especialidades, território). Isso motivou a ampliação do debate com representantes da gestão da atenção básica, regulação, urgência/emergência e atenção especializada), no qual encomendou-se aos apoiadores que trouxessem o panorama dos territórios em que atuavam (incluindo tensões e atravessamentos). Das questões problematizadas, que subsidiaram a produção de estratégias para a reorganização do cuidado, citamos: a dificuldade no manejo daqueles usuários pela atenção básica (AB) e atenção especializada; o aumento significativo da demanda para reabilitação traumato-ortopédica devido às cirurgias no Hospital de Clínicas Municipal, que detinha a prioridade de atendimento nos serviços de reabilitação do município em detrimento dos usuários com DOC; indefinição do fluxo e o acesso burocrático dos usuários à fisioterapia; sobreposição de encaminhamentos de usuários mais complexos que permaneciam concomitantemente nas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

filas de especialidades médicas e de fisioterapia; número elevado de usuários com lombalgia que buscavam as Unidades de Pronto Atendimento e o Hospital Pronto Socorro Central, culminando apenas em tratamento medicamentoso (analgesia). Os usuários encaminhados à ortopedia, fisioterapia e reumatologia apresentavam de 41 a 60 anos e as hipóteses mais frequentes eram dorsopatias, artropatias (osteoartroses e inflamatórias). Desenvolvimento: Diante destes desafios movimentos foram produzidos, como o projeto da fisioterapia territorial em quatro territórios (dos nove de SBC), que apresentavam o maior número de encaminhamentos às especialidades em discussão. Apostava-se na atuação do fisioterapeuta em outra perspectiva: inserir este profissional na AB pela contratação de novos profissionais em vez de ampliar a contratação de ortopedistas. Buscava-se viabilizar várias interlocuções: a) realizar reabilitação e educação em saúde dos usuários nas UBS; b) pautar a DOC nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio do matriciamento nos espaços de EP – reuniões gerais, técnicas e de equipes, nos grupos nas UBS e nas consultas compartilhadas. Destaca-se quanto ao primeiro ponto, a implantação de grupos de cinesioterapia (geridos e monitorados pelo fisioterapeuta de referência para o território), privilegiando-se recursos terapêuticos de baixo custo e a definição do número de encontros (ciclos). A fisioterapia territorial possibilitou o acesso ao tratamento de usuários, principalmente daqueles com dificuldade para chegar ao CER pela distância do serviço em relação aos territórios, havendo a redução do absenteísmo e a procura por pronto-atendimento. Usuários que necessitavam de outros recursos eram encaminhados para uma equipe multiprofissional do CER (implantada como parte dos arranjos para pessoas com DOC), composta por homeopata, acupunturista, ortopedista, psicóloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta (com possibilidade de construção do projeto terapêutico de forma interdisciplinar). Apesar da reorganização dos serviços de reabilitação osteomuscular e traumato-ortopedia e das experiências locais com inserção do fisioterapeuta na AB, o fluxo de regulação ainda era burocrático e o acesso ao CER limitado, devido a capacidade instalada ser insuficiente para a demanda do município. A possibilidade de encaminhamento para fisioterapia pelo generalista resultou numa espécie de transposição da fila de espera, havendo a diminuição de encaminhamentos aos médicos especialistas (também pelo matriciamento operado por ortopedistas e reumatologistas) e um aumento (significativo) à fisioterapia. Resultados: A experiência reforça a necessidade de produzir outras ofertas na AB e de se repensar a composição das equipes ESF para além do médico, enfermeiro e ACS.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Incluir novos atores na AB pode favorecer a diversificação das ações em saúde e dirimir o vazio assistencial que impera em muitos territórios e não se limita à reabilitação física. Ademais, apostar na EP dos trabalhadores é essencial para não persistirmos na repetição do atual modus operandi. A experiência dos primeiros grupos de fisioterapia territorial evidenciou a importância de aproximar a reabilitação da AB, havendo a necessidade de problematizar seu lugar na rede de saúde. Ressalta-se que após o término de um dos ciclos do grupo, usuários produziram encontros em espaços públicos para a continuidade das práticas corporais apreendidas durante o tratamento. Disso impõem-se a questão: a fisioterapia pertence apenas à atenção ambulatorial especializada, sendo entendida como um lugar específico de atenção? Percebe-se que é fundamental explorar as ofertas existentes em cada território, considerando o desafio em dar sentido às reinvenções dos usuários com DOC quanto ao modo de seguir a vida. Evidencia-se que produzir vida e ressignificar a dor precisa transpassar os muros dos equipamentos de saúde. Tal tarefa deve necessariamente incluir o protagonismo dos usuários, com os diferentes suportes de que necessitem. É premente fortalecer programas e atividades existentes nos territórios, questionando se olhamos e recolhemos no cotidiano as necessidades dos usuários quando propomos novas ofertas. Considerações Finais: Em SBC, o tema das DOC invadiu vários espaços da gestão central, dando visibilidade aos conflitos e disputas entre os departamentos e à urgência de ressignificar o cuidado (fragmentado e médico centrado). Evidenciou-se a necessidade de rever a forma de operar o cuidado, frequentemente limitado ao consumo de consultas médicas e de encaminhamentos aos serviços de urgência para o alívio da dor. Nesse sentido, as experiências em alguns territórios (dos apoiadores e de equipes ESF) e o projeto da fisioterapia territorial subsidiaram a construção de ofertas para o cuidado contínuo dos usuários próximo a sua moradia (grupos de dor e de exercícios físicos.). Isso possibilitou a discussão do cuidado oferecido às pessoas – antes presas a um itinerário de cuidado pouco resolutivo que foi reconstruído para uma realidade em que foi possível fabricar mais vida. Tais experimentações nos convocam a compartilhar alguns questionamentos: Qual o lugar do cuidado ao usuário com dor crônica? Quais as desconstruções necessárias para produzirmos o cuidado em rede? Quais as tensões e resistências que se evidenciam a partir do modo hegemônico operado pelo médico e pela equipe de reabilitação, principalmente nos serviços de fisioterapia? O arranjo produzido em SBC na última gestão (2009-2016) foi inovador, porém alguns desafios e tensionamentos permaneceram. Destes, a baixa visibilidade em



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

alguns territórios sobre o cuidado produzido no CER e a articulação restrita entre o CER e a AB, a limitada a sustentabilidade de articulações construídas, bem como alguns movimentos produzidos no cotidiano que se restringiam a casos acompanhados especificamente por apoiadores e equipes de ESF. Assim, vale o reconhecimento da potência da invenção local para superar limites das proposições nacionais, sobretudo pelo desmonte produzido pela atual gestão municipal.

Palavras-chave: Produção do cuidado, Micropolítica do cuidado, Dor crônica



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Dayane Jéssyca Cunha de Menezes, Arinete Vêras Fontes Esteves, Ingrid Santos de Souza

Os estudos de validação ligados à práxis da enfermagem estão em contínua ascensão. Uma tímida parcela destes traz a validação, clínica ou de conteúdo, dos diagnósticos de enfermagem, que consistem em um conhecimento relevante para o direcionamento da tomada de decisão dos enfermeiros no desenvolvimento do plano de cuidados. A taxonomia North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I) é um dos sistemas de classificação que auxiliam na escolha e na categorização de tais diagnósticos. Ela oferece uma possibilidade de classificar e categorizar áreas que interessam à enfermagem. Propõe 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Cada diagnóstico tem um título e uma definição. E é subsidiado por características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, e cada uma dessas partes necessita de comprovação por meios científicos. Apesar de já existirem vários diagnósticos de enfermagem, a maioria deles não foi validada com metodologia adequada, sendo assim, possuem pouca evidência, com diagnósticos e seus respectivos indicadores irrelevantes e que não correspondem à prática clínica, o que colabora com a ascensão do tipo de pesquisa em questão. Dito isso, o presente estudo teve como objetivo conhecer quais são as metodologias utilizadas nos estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de 08 a 17 de novembro de 2017, cuja questão norteadora foi a seguinte: "Qual a produção científica e quais são as metodologias utilizadas para validar diagnósticos de enfermagem quanto ao conteúdo?". A busca se deu nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e Public Medline (PubMed), com os descritores em ciências da saúde (DeSC) e seus correspondentes no Medical Subject Headings (MeSH) "enfermagem"/ "nursing", "diagnóstico de enfermagem"/ "nursing diagnoses", estudos de validação/ "validation studies" e classificação/ "classification", lançando mão do controlador booleano "AND". Foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra no acesso ao periódico capes que respondessem à questão norteadora, escritos em português, espanhol ou inglês, publicados entre os anos de 2010 e 2017. Excluíram-se monografias, dissertações, teses e artigos de revisão. Depois de realizadas as buscas nas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

três bases de dados, foram encontrados um total de 2.043 artigos. A base que, inicialmente, mais gerou resultados foi a Scopus e a que menos gerou foi a LILACS. Após leitura dos resumos, foram pré-selecionados 100 artigos, subdivididos entre as bases de dados. E, por fim, após leitura mais minuciosa, foram incluídos 17 artigos para análise. Alguns desses artigos foram encontrados em mais de uma base de dados. Os artigos selecionados são em sua maioria estudos brasileiros, os demais foram desenvolvidos na Espanha, Eslováquia e República Tcheca. Quanto aos periódicos de publicação, encontram-se tanto em nacionais quanto internacionais. Revista Latino-americana de Enfermagem, Qualis A1; a Revista da Escola de Enfermagem da USP, internacional com Qualis A2; Acta Paulista de Enfermagem, B2; Central European Journal of Nursing and Midwifery; e International Journal Knowledge Nursing. Esta possui grande fator de impacto e é de extrema importância para a disseminação dos diagnósticos, pois é um periódico pertencente à taxonomia NANDA-I. Os diagnósticos sob estudo foram os seguintes: Integridade da Pele Prejudicada; Risco de Integridade da Pele Prejudicada; Integridade Tissular Prejudicada; Risco de Débito Cardíaco Diminuído; Débito Cardíaco Diminuído; Náusea; Intolerância à Atividade; Fadiga; Risco de Úlcera por Pressão; Recuperação Cirúrgica Retardada; Volume de Fluidos Deficiente; Dor Crônica; Risco de Lesão do Trato Urinário; Angústia Espiritual; Conforto Prejudicado; Sofrimento; Saudade; e Transtorno por Desemprego. Quanto às áreas e contextos da enfermagem em que os diagnósticos foram validados, os estudos estavam relacionados à Oncologia; Nefrologia/Cardiologia; Neonatologia; Dermatologia; e ao Período perioperatório. Os estudos de validação incluídos buscaram validar elementos diversos do diagnóstico. A maioria deles estudaram apenas as características definidoras, seguidos daqueles que estudaram as características definidoras e os fatores relacionados, e por último, uma menor parcela buscou validar todos os elementos do diagnóstico, desde o enunciado e definição até as características definidoras e os fatores relacionados. Em relação ao método de validação adotado, o modelo de Fehring foi o mais utilizado, outros estudos empregaram o método de rodadas de avaliação Delphi e o modelo de Hoskins, além do modelo de análise de conceito de Avant e Walker. Em todos esses processos, a validação é realizada com o auxílio de avaliadores que possuem conhecimento na área específica, normalmente chamados de expertos, juízes ou especialistas. Apesar de servir de referencial para a maioria dos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, nos estudos, foi observado, que os critérios para seleção dos avaliadores segundo o modelo de Fehring, são divergentes, pois nenhum



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estudo o segue à risca. Em um artigo de revisão foi encontrado que entre os critérios de seleção dos juízes com maior número de modificações em relação ao modelo original de Fehring, destacou-se a experiência assistencial em área clínica específica, sem, no entanto, haver um padrão quanto ao tempo de prática. Em um estudo reflexivo, os autores trazem críticas ao modelo de Fehring, que valoriza em demasia a área acadêmica e pouco estima o conhecimento e experiência da enfermagem assistencial, demonstrado nos critérios de seleção e pontuação dos avaliadores. Uma das dificuldades na implementação deste modelo é a obtenção de enfermeiros que são especialistas no diagnóstico testado, pois a questão é justamente quem deve ser considerado esperto. A partir dos resultados apresentados, pode-se notar também que os enfermeiros brasileiros estão cada vez mais empenhados em demonstrar a cientificidade da enfermagem, visto que a maioria dos artigos incluídos neste estudo é oriunda do Brasil. Também se percebe que as revistas de alto Qualis e alto impacto, inclusive as de nível internacional têm valorizado o estudo dos diagnósticos de enfermagem, em especial os de validação. Ainda assim, é de suma importância que os estudiosos da enfermagem entrem em um consenso sobre as diversas minúcias que existem durante o processo de validação de diagnósticos de enfermagem, pois ainda há dubiedade no que se refere aos métodos utilizados. Além disso, compreender em quais critérios um enfermeiro experto em uma área específica se encaixa, para que a confiabilidade das pesquisas desenvolvidas não seja questionada. Apesar da notável necessidade de melhoramento desse processo, a crescente validação dos diagnósticos de enfermagem significa um salto na qualificação da assistência de enfermagem, mas é inegável a importância desses estudos seguirem um método homogêneo, e que tal método tenha confiabilidade para que assim possa ser aplicado na prática de maneira útil, culminando em uma melhor assistência ao paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnósticos de enfermagem; Estudos de Validação



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SENTIDOS DO RELIGIOSO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) DO SERTÃO DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Grécia Rejane Nonato de Lima, Luciana Duccini

Este trabalho se baseia numa pesquisa qualitativa, etnográfica, em andamento, vinculado ao Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. Busca-se compreender os sentidos acerca do religioso emergentes das práticas discursivas de usuários e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS) de duas cidades do Vale do São Francisco.

Ressalta-se que os termos religião e religiosidade/espiritualidade são considerados como equivalentes aqui, embora possam ser traçadas distinções conceituais entre ambos.

Sabe-se que o sofrimento psíquico, nas sociedades que convencionamos chamar de “modernas”, foi classificado e, conseqüentemente compreendido, no âmbito das patologias. Lentamente, na passagem do Renascimento europeu à chamada Modernidade, a “loucura” passou de manifestação sagrada, por vezes “possessão demoníaca”, à desrazão e à “doença mental”. Sob o prisma de “doença”, a loucura necessita ser “tratada” e “curada”, visão que veio a comprometer os modos de ser que se afastam do padrão imposto pela sociedade. Dessa forma, o tratamento asilar e a terapêutica moral sustentou, durante décadas, uma lógica de cuidado em que o sujeito em intenso sofrimento psíquico ficava excluído não apenas fisicamente, mas também sem condições de falar de si. Nestes processos é praticamente impossível separar visões de mundo religiosas dos ideais de sujeito subjacentes ao discurso patologizante.

Na esfera das Políticas Públicas, em meados do século XX, em diálogo com a área de Direitos Humanos, emergiram questionamentos a tal modelo de tratamento. Surgiu outra perspectiva que buscava “resgatar o sujeito perdido”, até então nomeado apenas por sua “doença”. No Brasil, entre as décadas de 70 e 80, foi constituído um processo denominado Reforma Psiquiátrica que, na verdade, propunha mudança em toda a lógica de cuidado e não apenas “corrigi-la”. Vale evidenciar que a Reforma Psiquiátrica tem caráter processual, não importando um fim específico a ser atingido, mas seu desenrolar, o que reverbera no





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

abandono de um ideal curativo. Postula-se assim, a busca gradual da autonomia possível para cada sujeito acompanhado.

Para que essas mudanças acontecessem, surgiram serviços como os CAPS, que têm posição estratégica na rede de saúde. Um dos princípios na estruturação dos serviços interessa diretamente a este trabalho: capacidade de escuta de todos os profissionais, bem como sua configuração em rede com vistas a aproximar o cuidado do território existencial dos sujeitos atendidos. Nessa perspectiva, torna-se patente a exigência posta aos profissionais de uma capacidade para ouvir e acolher especificidades dos universos sociais de onde vêm os usuários dos serviços. Universos estes perpassados por dimensões culturais, subjetivas, políticas e também religiosas.

As relações entre religião, saúde e bem estar já se tornaram parte do senso comum, tanto quanto têm sido objeto de estudos das ciências humanas e sociais, em especial, na área da antropologia. Contudo, as possíveis influências mútuas entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental têm recebido conotações variadas em diferentes épocas, países, áreas de saber e em diferentes grupos religiosos, ora destacando os seus aspectos positivos, ora os negativos.

Alguns autores indicam que há uma espécie de “senso comum” que, embebido de cientificismo, tende a sustentar uma visão negativa da religião, em especial no campo da Saúde Mental. Evidentemente, tais noções podem se envolver no desenrolar dos processos terapêuticos e na elaboração de projetos de cuidado em saúde mental, configurando um aspecto merecedor de maior atenção.

De fato, embora as relações entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental sejam largamente reconhecidas, envolvendo até mesmo a revisão dos manuais psiquiátricos para diagnóstico de transtornos mentais, as diversas formações profissionais para atuação na área não acompanharam estas transformações, manifestando uma lacuna em relação ao cuidado desenvolvido. Há indícios de que a formação profissional não tem preparado adequadamente as equipes para responder a tamanho desafio, em especial no que diz respeito à vivência da religiosidade, tão marcada por pré-noções, sejam essas negativas ou positivas. Isto coloca a importância de compreendermos, de maneira aprofundada, quais sentidos emergem quando, no atendimento psicossocial, os usuários apresentam experiências e narrativas marcadas pelo religioso.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O trabalho proposto enquadra-se na perspectiva do construcionismo social no sentido em que considera que os discursos não apenas descrevem a realidade em que se vive, mas participam de sua construção. Compreende-se que os sentidos são compreendidos como elaborações discursivas conjuntas, que sujeitos, social e historicamente situados, constroem processualmente e em copresença. Dessa forma, o encontro clínico e as demais interações no serviço de atenção psicossocial são instâncias privilegiadas para a observação das questões almejadas.

A imersão em campo iniciou no mês de novembro de 2017, ou seja, está em fase de aproximações iniciais com usuários e profissionais e o tema tem sido disparado e conversado, ainda aos poucos. Tem se buscado familiarizar os interlocutores com a presença da pesquisadora para reduzir ao máximo o estranhamento com sua assiduidade nos serviços, assim como garantir que todos os participantes tenham conhecimento dos seus objetivos no local, construindo um processo de consentimento dialógico. Como forma de sistematização das observações, as visitas tem sido registradas em diários de campo.

Devido a pesquisa ainda não estar concluída, serão apresentados dados iniciais e primeiras impressões. O CAPS II é um serviço de portas abertas, funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial e atende demanda de adultos com intenso sofrimento psíquico. Estes recebem atendimento realizado por equipe multiprofissional que envolvem atividades diversas, coletivas (sejam elas: passeios, grupos terapêuticos, grupos informativos, etc) e atendimentos individuais (consultas com psiquiatra, acompanhamento psicológico ou orientações específicas a respeito de direitos sociais).

Os interlocutores, sobretudo os usuários, têm se interessado pelo tema, chegando a se admirar que uma pesquisa possa conversar sobre tal conteúdo. Tem sido possível observar que os usuários em geral levam para o serviço, principalmente para os grupos terapêuticos, aspectos vivenciados nas crenças religiosas do dia-a-dia, sobretudo quando se tratam de práticas mais amplamente aceitas pela maioria, a exemplo de crenças relacionadas ao cristianismo, em especial os cultos evangélicos. No entanto, outros rituais e crenças não tem aparecido de modo espontâneo. Um dos usuários disse que gostaria de falar sobre o assunto, mas teme a forma como receberiam sua vivência e ritos no candomblé, por isso, prefere falar em particular e não se identificar em momentos coletivos.

O tempo previsto de inserção em campo é de seis meses. Está sendo utilizada a observação participante, e serão realizados grupos narrativos com usuários e profissionais selecionados



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ao longo do trabalho, sendo um total de doze interlocutores por serviço, compostos separadamente um por usuários e outro por profissionais. Como caminho interpretativo serão utilizados Mapas dialógicos como estratégia de visibilização dos discursos das observações e dos grupos.

A dissertação ao final do estudo pode contribuir com uma reflexão sobre a formação de profissionais, particularmente quanto às exigências da humanização e às dificuldades de posicionamento frente aos discursos apresentados pelos usuários, de modo que aspectos importantes da sua existência não sejam ignorados por não haver “espaço” para eles na escuta e acolhimento.

Acredita-se que este tipo de estudo colabore com os princípios da Reforma Psiquiátrica, principalmente em suas dimensões sócio-cultural e técnico-assistencial que, sem dúvidas, refletem na prática do cuidado, propiciando assim uma visão mais ampla do que vem a ser Saúde Mental e possibilidades de intervenção.

Palavras-chave: Religioso; Saúde Mental; Práticas discursivas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

UMA ATMOSFERA DE AJUDA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DE GRUPOS DE APOIO TERAPÊUTICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Erika Rêgo da Cruz, Telma Eliane Garcia, Elielson Paiva Sousa, Eliseu da Silva Vieira, Heliton Matos da Siva

Apresentação: A intrínseca relação entre o corpo e a mente tem sido objeto de reflexão filosófica desde a antiguidade e atualmente as pesquisas da neurociência tem contribuído para a compreensão das funções cerebrais e processos mentais endossando a importância dos estudos sobre emoções e sentimentos. O conhecimento torna-se revelador e seus resultados influenciam as práticas clínicas, induzindo a significativas transformações, como as ocorridas na atenção aos portadores de sofrimento mental. As novas abordagens propostas pela Atenção Psicossocial, a partir da Reforma Psiquiátrica, introduzem equipamentos assistenciais que reconhecem esta vinculação entre o corpo e mente e valorizam a escuta na expressão livre, estimulando a convivência com as diferenças. Nesse modelo terminam por promover o exercício da cidadania facilitando a inserção social de indivíduos outrora segregados. Ressalta-se nesse contexto o papel primordial dos grupos de apoio terapêutico que oferecem aos participantes a oportunidade de integrar-se a um ambiente acolhedor, propiciando trocas de vivências compartilhadas que fortalecem a percepção de não ser o único a passar por dificuldades. A finalidade dos grupos de apoio é servir como um sistema de suporte reunindo pessoas com situações semelhantes, e assim facilitando um ambiente de respeito onde elas possam expressar suas dificuldades e considerar diferentes modos e estilos de vida. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é compartilhar a experiência de um grupo de apoio terapêutico para incentivar profissionais de saúde na promoção da autoestima e autoconfiança de pacientes com desequilíbrio emocional, apropriando-se dessas novas tecnologias. Desenvolvimento do trabalho: A experiência foi vivenciada por acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob supervisão da docente responsável pela atividade curricular em Saúde Mental, da referida instituição. A ação foi realizada no município de Belém, Pará, Brasil, tendo como público alvo usuários de uma unidade municipal de saúde, diagnosticados com transtornos mentais ou emocionais. O grupo organizado em uma roda de cadeiras iniciou com uma atividade de abertura onde foram dispostas no centro do círculo ao chão, alguns recortes



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de revistas que retratavam imagens aleatórias, como alimentos, carros, violência, tristeza, raiva, dor, sorrisos, dentre outros. Os participantes foram orientados a pegar uma dessas imagens para si, em seguida cada um deveria se apresentar e compartilhar com todos a razão de ter escolhido a figura e o que representava para sua pessoa. Em um segundo momento, após todos terem justificado suas escolhas, foi realizado o momento de resgate de uma lembrança que lhes causava a sensação de perda e marcado a sua vida no passado. Todos compartilharam suas recordações, alguns com sinais emocionais de estar revivendo o momento. Em seguida, o dirigente requisitou que cada um salientasse os sentimentos vivenciados na época do ocorrido, incumbência que moveu as sensações de entristecimento e algumas lágrimas. Logo depois foi solicitado a todos, os que quisessem, poderiam partilhar o modo como conseguiu superar sua perda. Posteriormente, todos falaram uma palavra que representasse algo positivo que tenha servido como ferramenta de apoio ou de ajuda na maneira como conduziu o processo de superação da perda. Para finalizar, todos se dispuseram de pé e simbolicamente deveriam passar à mão, como quem entrega um presente, ao seu colega do lado, uma palavra que resumisse o que ele havia aprendido naquele dia, e este colega repassaria ao próximo aquilo que lhe foi entregue e aquilo que ele aprendeu, e assim sucessivamente até que todos recebessem estes dois presentes simbólicos de palavras positivas que contribuíssem como forma de apoio, lição e superação. Resultados e/ou impactos: A reunião de grupo obteve surpreendente resultado com a participação ativa do público-alvo que esteve receptivo em todas as etapas. Para a atividade de apresentação e escolha da figura observou-se que as figuras escolhidas tinham vínculos emocionais que referenciavam a sentimentos positivos, que lhes transmitia uma sensação agradável de algo útil no dia a dia, do amor entre entes queridos, de renovação de força, de lazer e cuidados pessoais com a higiene e alimentação. Na segunda etapa, onde foi introduzido o tema a ser trabalhado, evidencia-se relatos de perdas negativas de entes queridos que morreram. No desenvolvimento do tema o grupo ressaltou o quanto a perda lhes havia ocasionado transtornos emocionais que, para alguns, até os dias de hoje permanecem presentes. Como exemplo, um dos participantes narrou um surto que teve ao receber a notícia da morte de seu avô, comportando-se de forma extremamente agressiva, quebrando objetos da casa, socando paredes e gritando até desmaiar. Outro participante relatou não ter voltado a cidade de seu avô, onde costumava frequentar para visitá-lo antes da sua morte, pois para ele havia perdido o sentido retornar àquele lugar, embora houvessem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

outros parentes residindo na localidade. Um sentiu-se perdido e desorientado após perda da avó, e enunciou não ser a mesma pessoa que fora antes do ocorrido. Os casos relatados proporcionaram uma reflexão sobre a diversidade de sentimentos, ações e respostas, que cada indivíduo pode desenvolver diante de uma situação trágica e/ou extrema, e o quanto elas se refletem e interferem negativamente após anos, proporcionando desequilíbrios emocionais. Foi discutido durante a reunião que o sentimento de perda às vezes pode ser egoísta por parte dos entes que permaneceram vivos, e que não aceitam a partida daqueles que foram, mesmo que a morte represente o fim de um sofrimento causado por uma doença, por exemplo. As considerações e percepções causaram intensa reflexão nos participantes, levando-os a perceber novos olhares para ressignificar sua perda. No fechamento do tema, onde foi perguntado o que fizeram para superar a sua perda, algumas palavras foram mencionadas como: processo de aceitação, tempo como curador e reflexões. Este último provocou uma nova reflexão sobre como é importante atentar para a situação vivenciada, buscar entender os sentimentos interiores diversos para encontrar soluções ou respostas que colaborem no processo de superação da dor. As palavras destacadas pelos participantes no encerramento foram referentes a fé, determinação, esperança, força, confiança e superação. Estas foram ditas como atitudes que ajudaram a passar pelas perdas e que também serviram como aprendizado e ferramenta de apoio a todos para encarar as perdas passadas e as que virão ao longo da vida. O sentimento de alívio foi evidente bem como o de desabafo em compartilhar com o grupo as aflições que carregavam quanto a sua perda mais significativa, o que favorece o autoconhecimento e a aquisição de um novo repertório de emoções para o enfrentamento da vida. Considerações Finais: Evidenciou-se que a utilização de estratégias como os grupos de apoio terapêutico, auxiliam na superação das angústias, melhora a estabilidade emocional dos participantes, promove interação social, além de contribuir para a promoção da autoestima, da autoconfiança, da solidariedade e responsabilidade mútua entre integrantes, podendo favorecer ao encontro de melhor equilíbrio emocional aos participantes. Outrossim, a nós acadêmicos, pôde contribuir na formação de futuros enfermeiros capazes de identificar problemáticas e buscar solucioná-las através de abordagens dinâmicas e participativas que possam promover a saúde mental nas várias esferas de atuação como profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Assistência; Saúde; Mental



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A ACESSIBILIDADE NO AMBIENTE INTERNO DOS SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS NA CIDADE DE MANAUS (AM)

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

Na cidade de Manaus existem três Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs), especializados na área da gerontologia, da rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como os diversos equipamentos disponibilizados ao uso público, os espaços de circulação de uma unidade de saúde carecem de uma adequada infraestrutura que atenda à demanda de uma população específica, como a dos idosos, uma vez que se percebe muito presente uma limitação do espaço físico de circulação para este público. Para que uma edificação ou espaço seja considerado acessível é obrigatório que ele tenha sido pensado, projetado e executado de acordo com as exigências legais e com as Normas Brasileiras (NBRs) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Locais em que as exigências legais referentes à acessibilidade foram observadas de modo parcial não podem ser considerados como acessíveis, pois um espaço é ou não acessível. O objetivo deste estudo foi avaliar o ambiente interno dos CAIMIs e sua acessibilidade a partir do olhar do usuário desse serviço. Trata-se de um estudo transversal, quanti-qualitativo, com amostra do tipo probabilística aleatória, por demanda espontânea, composta por 1.080 indivíduos >60 anos de ambos os sexos, usuários dos CAIMIs da cidade de Manaus. O estudo seguiu todo o rigor ético necessário. Os resultados mostraram que, em relação às dificuldades dentro do ambiente interno relacionado à estrutura física, os idosos usuários do CAIMI Paulo Lima consideraram os consultórios dos CAIMIs de fácil acesso (82,2%), no entanto, os usuários do CAIMI André Araújo não percebem essa mesma facilidade, onde somente 39,6% disseram haver facilidade de acesso. Quando se perguntou sobre as principais dificuldades de acesso e mobilidade dentro do CAIMI, houve múltiplas respostas pelos idosos das quais destacaram-se: a falta de barras de apoio nos banheiros e de piso antiderrapante; assento sanitário inadequado; falta de iluminação; portas com defeitos e inapropriadas que proporcionam insegurança; banheiros com defeito na descarga, sem água e sem material de higiene; ausência de corrimão duplo em diversos pontos no CAIMI e de sinalizações dos setores de forma legíveis; ausência de rampas de acesso; excesso de degraus (particularmente no CAIMI André Araújo). Vale lembrar que a estrutura física dos CAIMIs Dr. Paulo de Lima e Ada

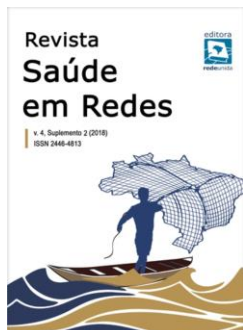


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Rodrigues Viana foram planejadas para atender especificamente os idosos, enquanto que o CAIMI André Araújo foi adaptado para esse atendimento. O estudo também mostrou que os usuários dos CAIMIs já se sentiram perdidos ou desorientados e a maioria afirmou ter pedido ajuda de um funcionário ou desconhecido para orientá-los, ou seguiam as placas de informação. Observou-se que menos da metade desses idosos que frequentam os CAIMIs não conheciam as saídas de emergência do local. Além disso, os idosos manifestaram desejo de usar mais os espaços destinados ao convívio e às atividades sociais, embora façam pouco uso deles. Relataram que não frequentam tais atividades devido a distância, gastam horas até chegar ao CAIMI e seus deslocamentos se dá por transporte coletivo. Devido a esse empecilho, na maioria das vezes, vão ao CAIMI somente à procura de consultas médicas e que referem dificuldades para marcação de suas consultas. Normalmente as alterações repentinas de saúde e de rotinas diárias, especialmente nos casos de idosos que possuem dificuldade de locomoção, implicam na perda de contatos sociais, despertando a necessidade do convívio com grupos de pares para não permitir que a solidão se instale. Infere-se que as iniciativas de inserção de pessoas idosas nos espaços da sociedade contribuem para a prevenção de muitas outras doenças e para a melhoria da qualidade de vida. No estudo, os idosos destacaram o que não os agrada no CAIMI: atendimento médico, marcação de consultas pelo SISREG (Sistema Nacional de Regulação), atendimento na recepção, falta de médicos especialistas, falta de lanchonete e a localização geográfica. Questionados porque não gostam, responderam que é devido a demora no atendimento, poucas vagas no sistema, dificuldade no trato com os funcionários e por não terem acesso às especialidades médicas que necessitam, tais como cardiologia e endocrinologia. Os idosos demonstraram insatisfação com os serviços dos CAIMIs, principalmente ao que se refere ao acesso a exames, incluindo a demora na marcação, na realização e entrega dos resultados; referem ainda muita dificuldade para atendimento em consultas especializadas, poucos profissionais para atender a demanda, falta preparo por parte dos funcionários da recepção para atender com educação os usuários. Nesse caso, a principal razão para a pouca utilização do serviço público local foi a indisponibilidade de consulta e a falta de um acolhimento qualificado capaz de identificar a necessidade de saúde do idoso. Esses dados apontam para certa falta de cobertura. O termo “cobertura” designa a medida de quanto um serviço realmente cobre as necessidades potenciais da população. Por esse motivo, muitos usuários que dispõem de condições para consulta particular, dão preferência a esta modalidade de serviço em busca





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de resolutividade. É importante se considerar o princípio da resolutividade, que é a capacidade do sistema em dar soluções às diversas situações que dizem respeito ao processo saúde/doença dos usuários e/ou atendê-los adequadamente nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, englobando os aspectos relativos à percepção dos usuários, à estruturação dos serviços e à organização do sistema de saúde. Destaca-se que houve inúmeras mudanças na estrutura do sistema de saúde desde a implantação do SUS, com objetivo de melhorar o acesso da população aos serviços, no entanto, observa-se que as expectativas dos idosos parecem centrar-se no atendimento individual, prestado pelo profissional médico e com enfoque curativo, embora existam outras categorias profissionais disponível no serviço para auxiliá-lo em diferentes âmbitos do cuidado, além da sua própria participação social nas atividades desenvolvidas pelo CAIMI. Isso só reforça a ideia da procura do serviço apenas por motivo de doença e não para a promoção e proteção da saúde. Todos os problemas apontados pelos idosos demonstram as desigualdades de oferta e de acesso aos serviços de saúde, que se diferenciam tanto entre regiões brasileiras quanto entre populações da mesma região. A universalidade do acesso aos serviços de saúde ainda parece uma realidade longínqua. Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde, principalmente com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o acesso à saúde gerontológica necessita ser ampliado para grupos populacionais que têm como porta de entrada a rede de atenção primária.

Palavras-chave: Acessibilidade; Idoso; Envelhecimento



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

NECESSIDADES EM SAÚDE, PRODUÇÃO E EXPECTATIVAS DE CUIDADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.

Vanessa de Souza Amaral, Adélia Contiliano Expedito, Milleny Tosatti Aleixo, Marianna Karolina Pimenta Cota, Érica Toledo de Mendonça, Deíse Moura de Oliveira, Nicoli Souza Carneiro

**Apresentação:** Habitar a rua se constitui como um fenômeno social que deflagra um problema de saúde pública em virtude das desigualdades sociais injustas, desnecessárias e evitáveis, também chamadas de iniquidades sociais em saúde. O contexto da rua é marcado por vivências singulares, como o rompimento familiar, vícios, violência, exploração, solidão e medo. Em consequência disso às pessoas que vivem nessa realidade se submetem cotidianamente a uma condição de vulneração, em virtude das circunstâncias concretas de vulnerabilidade a que estão expostas. Comumente essas estão destituídas dos seus direitos sociais básicos, como moradia, saúde, educação, lazer, trabalho, segurança, entre outro o que reforça as iniquidades sociais em saúde. A Política Nacional para Pessoa em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 2009, veio para preencher esta lacuna e viabilizar que esse grupo social tenha acesso aos direitos básicos de cidadania, porém após aproximadamente uma década, observa-se empiricamente que esses direitos continuam não sendo assegurados na prática, em virtude dos próprios profissionais e serviços possuírem escassa ou nenhuma formação e experiência para abordar e acolher pessoas em situação de rua. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo compreender as necessidades em saúde da população em situação de rua e a produção e as aspirações de cuidado nesta realidade social.

**Desenvolvimento do Trabalho:** Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que buscou compreender o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos diante de uma determinada experiência vivida. O estudo teve como participantes oito pessoas que vivem em situação de rua de um município situado na Zona da Mata de Minas Gerais, com população estimada de 72.220 habitantes. Foi utilizada a técnica metodológica de seleção de participantes denominada snowball sampling (bola de neve). A eficácia desse método vem sendo reconhecida, sobretudo em situações em que são estudadas minorias populacionais, como é o caso da presente pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevista com questões abertas entre setembro de 2016 a junho de 2017, em dias, horários



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e momentos em que eram identificadas as pessoas em situação de rua e que estas se mostravam disponíveis e abertas para concederem seus depoimentos. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o parecer nº 1.668.567. Resultados e/ou impactos: Dos oito participantes, sete eram do sexo masculino e um do sexo feminino. A idade dos mesmos variou de 34 a 71 anos, com tempo mínimo na rua de oito meses e máximo de aproximadamente 25 anos. Sete participantes habitam a região central da cidade e um habitava em um bairro, onde possui cobertura da Estratégia Saúde da Família. No tocante às atividades desenvolvidas na rua, a única mulher participante do estudo é aposentada e alega não ter costume de pedir dinheiro na rua. Quanto aos homens, quatro realizam trabalhos informais, especialmente de catadores, sendo que um destes recebe bolsa família. Dois participantes vivem exclusivamente como pedintes e um é aposentado. A análise dos resultados permitiu a emergência de três categorias temáticas: Necessidades em Saúde da pessoa em situação de rua; A produção do cuidado na rua e Expectativas de cuidado na rua. Em relação às necessidades em saúde da pessoa em situação de rua foi possível perceber que a vivência na rua traz à tona necessidades em saúde relacionadas às necessidades humanas básicas, com destaque para a segurança, dificuldade de obtenção de alimentos, local adequado para sono/reposo e para a realização das necessidades fisiológicas. Essas necessidades que extrapolam o setor saúde, como na questão da segurança, reafirmam que as ações no campo da saúde coletiva requerem um diálogo permanente com atores, setores, programas e políticas que não estão neste setor, mas que afetam sobremaneira a saúde das populações, constituindo-se, portanto, um desafio a ser enfrentado neste campo. Outra necessidade foi o acesso aos serviços de saúde, que é dificultado pela ausência de programas ou serviços voltados para o atendimento desse público e pela ausência de documentos de identificação. Tentativas frustradas de atendimento acabam fazendo com que essas pessoas geralmente busquem ajuda somente em situações emergenciais. Isso denota que este grupo continua sendo invisibilizado, destituído de seus direitos de cidadão, resultado que ratifica a deficiência na operacionalização das políticas públicas no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos à essa população no universo estudado. A partir das necessidades vivenciadas no cotidiano esses indivíduos tecem redes de relações permeadas por vínculo e afeto, configurando desse modo uma das facetas da produção do cuidado nesta realidade social.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Esse cuidado envolve o campo físico-biológico, espiritual e afetivo-social. Em relação ao campo físico-biológico esses indivíduos traçam estratégias para suprir as suas necessidades humanas básicas (higiene, alimentação e abrigo). Considerando que o município estudado não possui albergue, os participantes geralmente recorrem a instituições de caridade, igrejas, estabelecimentos comerciais (como restaurantes e postos de gasolina), além de poderem contar com as amizades e afetos construídos na rua. Além disso, a produção do cuidado se assenta sob a espiritualidade, onde os entrevistados se amparam na fé para superar os desafios que enfrentam na realidade da rua, e em sua maioria buscam suporte de Deus. No campo afetivo-social destaca-se o vínculo criado na rua, possibilitando que esses indivíduos encontrem pessoas em quem podem confiar para guardar seus pertences e oferecer alimentação e companhia. Um entrevistado também destacou o apoio e o acolhimento que recebe na Unidade Básica de Saúde do bairro onde habita, situação peculiar encontrada na pesquisa, pois o mesmo é o único que habita um espaço coberto pela ESF. Evidencia-se que ainda que se estabeleçam redes de apoio no cotidiano da rua estas não são capazes de suprir todas as necessidades desse grupo social heterogêneo, pois cada indivíduo possui características singulares, como estratégias de sobrevivência e condições de vida. É neste contexto que inscrevem-se as expectativas de cuidado das pessoas em situação de rua. Enquanto alguns desejam ser assistidos por albergues, outros anseiam deixar definitivamente a rua e possuir uma moradia própria. Outra expectativa emergida dos discursos se trata de haver continuidade do cuidado na rua, o que torna-se viável através da ampliação da cobertura da Atenção Básica nas regiões centrais, de programas como os consultórios na rua ou de arranjos específicos das redes de atenção à saúde voltados às singularidades desse público. O Tratamento dos vícios em clínicas de recuperação também foi vocalizado como anseio, e neste contexto o apoio da família é fundamental, devendo atuar em conjunto com os profissionais da assistência social, saúde e áreas afins, no sentido de fortalecer o tratamento e a reintegração da pessoa após a alta da clínica, no seu contexto familiar. Considerações finais: as políticas sociais, com destaque para a saúde e os profissionais que atuam neste setor, devem atuar para o atendimento das necessidades e expectativas de cuidado emergidas nesta investigação. Para tanto, os profissionais devem se valer de uma escuta qualificada bem como promover ações políticas, transformadoras e dotadas de senso de justiça social.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Iniquidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Pesquisa Qualitativa



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM E A HOMOSSEXUALIDADE FEMININA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ângela Barichello, Jucimar Frigo, Suellen Tainá Ribeiro, Fabiane Pertille

Desde sua implantação, os programas de assistência à saúde da mulher tiveram um enfoque direcionado às pessoas heterossexuais, particularmente na saúde reprodutiva. Em 1984, o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propôs um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a assistência ofertada às mulheres, nas suas necessidades e demandas específicas. Entretanto, o PAISM seguiu focado em questões reprodutivas, ficando as necessidades de saúde expressas nos ciclos da vida das mulheres externos ao período reprodutivo, relegados a segundo plano. A definição de saúde ginecológica implícita no sentido conferido à atenção ginecológica que é expresso no PAISM está limitada a aspectos fisiopatológicos, reiterando-se uma simplificação da concepção de saúde na definição “ausência de doença”, há muito tempo criticada. Além disto, focar a saúde ginecológica priorizando apenas aspectos reprodutivos acabava inviabilizando as necessidades de saúde ginecológica de mulheres que não estavam nesta fase. O Ministério da Saúde, ampliou sua agenda programática apresentando em 2004 uma nova política, denominada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual segue em vigor. Essa Política propõe a concretização de ações de saúde integral, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos variados grupos populacionais e étnico-raciais (mulheres negras, indígenas, residentes na área urbanas e rurais, de orientação homossexual, presidiárias, com deficiência, dentre outras), indicando-se investimento do Estado na formulação de um novo modelo de atenção, mais humanizado e com mais qualidade, capaz de responder às necessidades das mulheres atendidas nos serviços do SUS. A União Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) ressalta a preocupação do Ministério da Saúde, em criar políticas públicas e investimentos direcionados aos grupos LGBT. A homossexualidade é considerada como o gosto feminino pelo sexo do mesmo gênero, além de manter relações sexuais exclusivamente com mulheres. No que diz respeito à saúde, a homossexualidade feminina deve ser observada com mais atenção pelos profissionais de saúde, pois, se percebe a falta de adequação dos serviços de saúde em assistir as mulheres com opções



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sexuais fora daquele tipo considerado padrão. A consulta ginecológica de enfermagem deve também envolver temas relacionados aos aspectos sociais e comportamentais de mulheres homossexuais, bem como garantir a qualidade do atendimento a essa população. Entretanto, percebe-se certo despreparo dos profissionais enfermeiros no que diz respeito ao atendimento direcionado a homossexualidade feminina e orientações sobre sexo seguro. Neste trabalho, objetivou-se refletir sobre os desafios da consulta ginecológica de enfermagem diante da homossexualidade feminina. O desenvolvimento do mesmo deu-se por meio de uma revisão de literatura, utilizando-se 10 artigos, entre os anos de 2013 a 2017, que possuíam como descritores de acordo com o DEC's: "homossexualidade feminina", "atenção primária a saúde" e "saúde da mulher". A revisão oportunizou identificar que o profissional enfermeiro ao assumir uma postura linear de orientação heterossexual, não possibilita abrir-se para o diálogo sobre sexo, a sexualidade e saúde vaginal, permitindo a interpretação de sinais e sintomas errôneos, diagnósticos precipitados e conduções inadequadas dessa categoria de usuárias, sendo possível então apreender as especificidades e necessidades da saúde sexual das mulheres. A consulta precisa considerar as diferenças de atendimento, oportunizar o diálogo sobre sexo e a sexualidade respeitando e reconhecendo as usuárias homossexuais. Por conseguinte, além dos motivos concretos da consulta, têm que ser valorizados, outros incômodos "ocultos" decorrentes da condição do gênero. Apesar de um grande número de mulheres buscarem ajuda nos serviços de saúde para problemas referentes ao sexo e à sexualidade, alguns profissionais de saúde ainda tratam essas questões como assuntos proibidos e vergonhosos. Há omissão dos profissionais de saúde, quando se trata da sexualidade feminina, e isso reforça a ausência de direitos das mulheres à informação de como desfrutar a sexualidade. A sexualidade humana é repleta de tabus e preconceitos que, infelizmente, se manifestam na postura dos profissionais de saúde que atendem mulheres. Isso provoca angústia e revela uma violação ao direito de pensar e agir livremente. Outro grande desafio imposto na consulta ginecológica de enfermagem, é que, historicamente essa área da saúde tem tratado basicamente de aspectos heterossexuais, muitas vezes, tem dificuldades de conceber como relação sexual toda e qualquer relação que não envolva penetração e, dessa forma, que esteja ligada a reprodução. E tal visão, reproduzida nas práticas rotineiras dos serviços de saúde, legitima a falsa noção que o sexo entre mulheres está isento de risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e outras complicações. Outro fator que pode ser encarado como um grande



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desafio e que pode ser destacado é o relato da orientação sexual para o/a profissional de saúde. Tal fato parece estar relacionado, para aquelas mulheres que frequentam periodicamente o ginecologista, como uma forma de direcionar a consulta à sua experiência, evitando perguntas desnecessárias ou que não fazem sentido a sua vivência. A literatura sobre o tema relata vários episódios de tratamento inadequados relacionados ao relato da orientação sexual. Os episódios envolviam mudança de atitude por parte do profissional, comentários preconceituosos, ausência de oferta de exames clínicos, de mamas ou Papanicolau. Há fatos de o profissional, após o relato, agir como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse nada a comentar ou orientar a respeito. Os dados disponíveis na literatura sugerem que uma parcela considerável de mulheres homossexuais, não acessa serviços médicos de ginecologia anualmente. As que vão à consulta, o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde. Quanto à realização do exame de Papanicolau, para prevenção de câncer de colo uterino, entre mulheres com práticas homossexuais também se verifica menor proporção. Com os resultados aqui apresentados, percebe-se que de modo geral os profissionais de saúde ainda não estão preparados para atender as mulheres homossexuais e suas especificidades. Os estudos incluídos demonstram que em alguns serviços e para alguns profissionais enfermeiros o preconceito em relação às mulheres com relações homoafetivas, ainda é uma triste realidade. Faz-se necessário a capacitação dos profissionais que atendem essas mulheres, para que conheçam as suas demandas reais, oportunizando assim uma abordagem adequada. Por sua vez, as mulheres precisam também serem auxiliadas para maior compreensão dos seus direitos e da sua condição de mulher. Notou-se ainda uma escassa produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil, uma grande precariedade de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população, o pouco conhecimento sobre suas reais demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas o que converte-se, no âmbito da saúde pública, em desperdício de recursos, em constrangimento durante o atendimento e em assistências e prescrições inadequadas. Palavras-chave: Saúde da Mulher; Homossexualidade Feminina; Atenção Primária a Saúde





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA NA SUPERAÇÃO DO USO DE DROGAS

Orlando Gonçalves Barbosa, Joaquim Hudson de Souza Ribeiro, Maria de Nazaré de Souza Ribeiro, Cleisiane Xavier Diniz, Selma Barboza Perdomo, Fernanda Farias de Castro

A inclusão do tema religiosidade em estudos científicos é acompanhada por críticas e por olhares estigmatizantes, especialmente na psiquiatria e na psicologia, sendo necessário superar tais oposições que, via de regra negligenciam o tema por considerá-lo irrelevante e/ou caracterizam e classificam as experiências religiosas como evidências de psicopatologias. Apesar das controvérsias conceituais sobre religiosidade e espiritualidade, existem evidências cada vez mais crescentes que fenômenos que transitam nesta ordem estão associados à promoção da saúde mental. A experiência religiosa é apresentada como fator de superação de processos de sofrimento, adoecimento, desuso de droga e outras adversidades por vários pesquisadores. Sem diferenciar os termos, os pesquisadores apresentam uma associação positiva entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental, inclusive como um fator protetor para o abuso de álcool e drogas, mesmo quando expostos às condições de vulnerabilidade e risco social. Optou-se aqui pelo termo experiência religiosa, pelo fato deste ser utilizado pela Psicologia para referir-se às vivências subjetivas, porém compartilháveis no nível discursivo dos indivíduos e grupos. Entende-se por experiência religiosa uma experiência vivencial e intuitiva de algo ou de alguém que o faz transcender, aparecendo de forma mais ou menos estável durante a vida do indivíduo e de forma mais intensa em momentos cruciais pontuais involuntários e imparciais. Todavia, mais que um conceito, a experiência religiosa remete a um caráter relacional de encontro e processo que geram transcendência: com o outro, consigo mesmo e com o Outro (em termos de relações com Deus, o Transcendente ou com um “Ser Superior”, segundo as variações possíveis). O estudo da experiência religiosa para a psicologia tem como perspectiva descrever e sistematizar o elemento subjetivo do comportamento religioso, suas interações sociais, motivações, pertença, conversão, identidade, formação de atitudes, adesão aos valores, papéis sociais, práticas religiosas, maturidade, mudanças e outros elementos atribuídos a esta na experiência com o Sagrado. Estas são razões suficientes para sustentar a pertinência da temática do fenômeno do uso de drogas em sua relação com a experiência religiosa no que diz respeito ao processo de transformação, superação ou transcendência,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ou, ainda, em um termo sistêmico, de autoapoiese. Este estudo tem como objetivo compreender como a experiência religiosa é situada na trajetória de um grupo de pessoas que superaram o uso de drogas após a passagem destas por uma comunidade terapêutica. Trata-se de um estudo de abordagem exploratória qualitativa por esta favorecer melhor acesso às narrativas que os sujeitos elaboram, no que diz respeito aos significados e intencionalidade atribuídos aos fenômenos vivenciados individualmente e socialmente, assim como às relações que interagem. O local de estudo foi a Fazenda da Esperança, pelo fato de que desde o início de seu funcionamento, mais de dois mil jovens e adultos passaram por ela. A amostra foi composta por quatro participantes do sexo masculino, que receberam nomes fictícios para a garantia de sigilo e preservação do anonimato, a saber Lucas (38), Luiz (33), Leandro (32) e Leonardo (32), os quais foram escolhidos pelo método de amostra proposital. Os mesmos passaram por uma comunidade terapêutica de base cristã católica (Fazenda da Esperança em Manaus, Amazonas) e se encontravam, no momento do estudo, em condição de desuso de drogas. A coleta de dados deu-se por meio da entrevista semiestruturada sem, contudo, limitar as falas ao roteiro-guia. Os participantes foram entrevistados individualmente. Foi utilizado ainda um diário de campo contendo registros da observação do entrevistador durante o período de imersão na instituição, num período de uma semana como estratégia complementar. A pesquisa seguiu todo o rigor ético após ser aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFAM, Parecer 482.521/2013). Nos resultados percebeu-se que em cada um dos participantes, no início da superação, a experiência religiosa foi organizadora de modo singular: uns vivenciando conflitos entre a vontade de Deus, tentando não ceder à sua própria vontade; outros, potencializados pela demanda de encontrar respostas por meio da auto reflexão resultante do encontro consigo mesmo; outros ainda vivenciando esta aproximação religiosa por meio da prática de oração com o suporte de um grupo. Todas as experiências foram relatadas como os levando a transcender o modo com o qual se relacionavam consigo mesmo. "No começo da superação fui aprendendo e fui me autoconhecendo. Fiz um exame de consciência. Aprendi neste tempo a perguntar pra mim mesmo: O que eu fiz? Eu fui útil em que? O que eu fiz para o meu próximo? Eu constitui uma família? Fui quebrando vários paradigmas. Foi assim que eu fiz no começo (Lucas, 38). O movimento de mudança em Lucas articula-se à experiência do contato com Deus que o levou a nova relação consigo a partir de uma reflexão, uma tomada de consciência de si mesmo do seu projeto de vida. Experiências semelhantes à de Lucas



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

foram observadas durante o período de observação na instituição, na prática intitulada “Palavra de Vida”, que era realizada todos os dias em cada grupo na instituição. Na fala de Luiz percebe-se o conflito resultante do desejo de sair daquele espaço e usar drogas e da experiência narrada de dedicação à vontade de Deus: "Eu procurei no início dedicar a fazer a vontade de Deus. A minha vontade era sair e usar droga. Eu ia para a missa com dedicação e atenção. E me colocava na frente para não me distrair". A consciência do conflito parece fundamental ao fortalecimento da determinação, sem distração, para não perder o foco das atividades religiosas. Por isso procura ficar na frente, “mais próximo de Deus”. O conflito parece ter auxiliado o desencadear de uma relação de entrega e confiança com o Transcendente, com o grupo que proporciona o rito e cria-se um ambiente de encontro com o outro. Durante um dos ritos religiosos, mediado pela presença do sacerdote, Leonardo relata uma experiência religiosa em que questões importantes de sua vida adquirem contornos de cunho espiritual, questões que o mesmo buscou respostas a partir da religiosidade: "No começo eu não acreditava em Deus. Foram acontecendo fatos e perguntas que eu tinha no coração. No momento da missa, quando o padre ia falar, parece que era pra mim. Eram respostas para as perguntas que estavam dentro do meu coração" ". Leandro também relata sua experiência: "Tinha um grupo de cinco que estava há um mês na instituição. Fizemos um propósito de 'depositar nosso descanso', que era depois do nosso almoço. A gente ia para o sacrário rezar até a volta para o trabalho da tarde; isso durante 11 meses". O sentido de 'depósito do descanso' é vinculado à experiência religiosa. A prática que envolve esta ação envolve apoio de grupo e perseverança. O que foi mantido por quase um ano, segundo o participante. Nas narrativas colhidas, é possível perceber a importância atribuída ao componente religioso, o qual se integra às suas experiências, sobretudo relacionais. Ainda que tanto a experiência religiosa quanto o desuso de drogas sejam comumente compreendidas como algo de cunho individualizado, observou-se que ela é simultaneamente pessoal e relacional/interativa. Assim, ao reescreverem um novo capítulo de suas histórias de vida, cada participante da pesquisa nos doou a possibilidade de acreditar ainda mais na vida e na sua capacidade extraordinária de superação proporcionada pela experiência religiosa como realização do encontro humano.

Palavras-chave: Drogas; Religiosidade; Espiritualidade; Dependência química



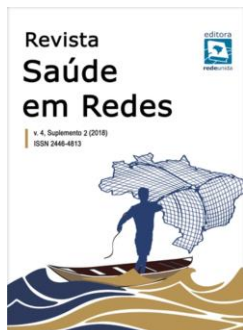
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE EM IMPERATRIZ-MA, BRASIL.

Francisca Bárbara Gomes da Silva, Mônica Ribeiro Sousa, Paula dos Santos Brito, Janaína Miranda Bezerra, Floriacy Stabnow Santos, Lívia Fernanda Siqueira Santos, Menildes Paixão Ribeiro, Marcelino Santos Neto

**APRESENTAÇÃO:** A Tuberculose (TB) permanece ocupando mundialmente destaque dentre as principais doenças infectocontagiosas e tem infectado mais de dois bilhões de pessoas, correspondendo à um terço de infectados da população, dos quais, 10% irão desenvolver a doença durante seu curso de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a reconhece como a doença infecciosa de maior mortalidade no mundo, superando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a Malária juntas. O Brasil é um dos 22 países que representam 80% da carga mundial da TB, ocupando a 17ª posição em número de casos e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência e mortalidade. Pesquisas relacionadas à morbimortalidade por TB vêm sendo estimuladas por serem consideradas como um importante instrumento para detecção de falhas dos sistemas de saúde, uma vez que a investigação desses objetos casos e óbitos, permite traçar o perfil da TB acompanhando o indivíduo em diferentes situações da doença, além de possibilitar análises adicionais sobre a vigilância dos casos e atendimento dos pacientes. Dentro da complexidade que envolve a conjuntura da TB, bem como a necessidade de implantação de estratégias e intervenções específicas que priorizem recursos aos grupos mais vulneráveis e demonstrem os perfis sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos acometidos pela doença, torna-se fundamental conhecer a situação epidemiológica da TB nas diversas localidades do país, sobretudo nos municípios considerados prioritários para o controle da doença, como Imperatriz-MA, Nordeste, Brasil. Desse modo, objetivou-se descrever aspectos epidemiológicos dos casos de TB notificados no município sob investigação no período compreendido entre 2006 e 2015, segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo descritivo, retrospectivo e exploratório, com abordagem quantitativa realizado em Imperatriz-MA, que considerou os registros de casos de TB obtidos em dados secundários das fichas individuais de TB do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) da Unidade Gestora Regional de Saúde de Imperatriz (UGRSI) no período



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

compreendido entre 2006 a 2015 onde foram coletadas todas as notificações compulsórias de todas as formas clínicas da TB em outubro de 2016. As variáveis analisadas no estudo compreenderam idade, sexo, raça/cor e escolaridade e dados complementares do caso para investigação clínico-epidemiológica como tipo de entrada, forma clínica, institucionalização, doenças e agravos associados – AIDS, baciloscopia de escarro, cultura de escarro, cultura de outro material, radiografia do tórax, teste tuberculínico, sorologia anti-HIV, cultura, tratamento diretamente observado, situação de encerramento e localização dos casos. A análise exploratória foi realizada por meio da estatística descritiva dos parâmetros quantitativos, na qual para variável idade foram expressas medidas de tendência central e para as demais variáveis investigadas foram expressos valores absolutos e relativos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: No período analisado foram notificados 800 casos de TB que apresentaram idade média de 42 anos, mediana de 40 anos, idade mínima de 0,1 ano e máxima de 90 anos, sendo o desvio padrão (DP) 19 anos, e a moda de 27 anos. A maioria dos casos notificados referiu-se ao sexo masculino (504; 63,0%), raça/cor parda (479; 60,0%). escolaridade com destaque para a 1º - 4º série incompleta (155; 19,4%). Constatou-se a predominância da doença em pessoas com idade menor e igual à 40 anos, idade esta considerada econômica e socialmente ativa. Fatores como maior exposição à risco relativos à ambientes de trabalho, alcoolismo, tabagismo, além de retardo à procura de serviços de saúde, embora não investigados nessa casuística, são apontados como determinantes da maior prevalência de TB em homens, tem-se ainda que a baixa escolaridade e a falta de entendimento/compreensão podem influenciar os indivíduos na obtenção de informações acerca da doença, assim como o acesso às informações de maneira geral como acesso à qualidade de vida, ficando patente portanto, a iniquidade social. Esses registros refletem todo um conjunto de condições sociais precárias, que aumentam a vulnerabilidade à TB e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade, além de contribuírem para a não adesão ao tratamento e para o aumento da taxa de abandono, bem como para a ocorrência do óbito. O estudo evidenciou ainda importantes características referentes ao perfil clínico e epidemiológico da TB sendo casos novos (689;86,0%), forma clínica pulmonar (720;90,0%), não institucionalizados (547;68,4%), radiografia de tórax como casos suspeitos (687;85,9%), teste tuberculínico não realizado (558;69,8%), cultura de escarro não realizada (730; 91,2%), tratamento supervisionado realizado (516;64,5%), situação de encerramento como cura (692; 86,5%) e com maior ocorrência na zona urbana do município (785; 98,2%). Destaca-se



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ainda que parcela significativa dos casos notificados não foi submetida à sorologia anti-HIV para detecção da coinfeção TB/HIV. Ademais, os dados deste estudo revelaram 86,0% de casos novos, cura de 86,5%, 2,9% de abandono do tratamento, deixando de testar 48% dos indivíduos para coinfeção TB/HIV. Vale destacar que a meta definida pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de diagnosticar 100% dos Sintomáticos Respiratórios (SR) não foi alcançada, já o fato de apresentarem taxa de abandono menor que 5% e cura superior a 85% dos casos preconizadas pela OMS estão condizentes com as ações de controle da doença e são considerados pontos positivos para o decréscimo das taxas de prevalência no cenário investigado. Acrescenta-se ainda que comorbidades são elencadas como importantes fatores de mau prognóstico, impondo condições clínicas mais graves, de maior dificuldade diagnóstica e tratamento. Desse modo, a associação da TB com a AIDS retrata um novo desafio em escala mundial, nesse aspecto, o estudo demonstrou falhas em relação à sorologia para HIV visto que foram feitos os testes em apenas 52,0% dos casos e destes, 6,6% ainda encontram-se em andamento. Levando-se em consideração a conexão epidemiológica documentada entre HIV e TB é indiscutível a avaliação de todo paciente diagnosticado com TB através do teste rápido de HIV onde neste estudo evidenciou-se que uma grande parte dos casos diagnosticados não realizaram sorologia para HIV, contrariando a norma estabelecida pelo PNCT, que tem como meta a realização desse teste em 100% dos pacientes adultos com TB. No que tange à baciloscopia, observou-se que a tuberculose pulmonar (TBP) ocorreu em indivíduos que apresentaram resultado positivo de baciloscopia, onde 72,7% dos acometidos pela TB realizaram tal exame, percentual este que sobrepõe o valor nacional no ano de 2009 onde 64,0% dos casos realizaram o exame.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Cabe mencionar que os desafios para controlar a TB no Brasil persistem, e as perspectivas para acabar com a doença como problema de saúde pública apenas se concretizará se mais esforços forem lançados pelas três esferas de gestão do SUS, assim como se houver o estabelecimento de parcerias fora desse setor. O estudo, traz importantes contribuições para o avanço do conhecimento na temática ao evidenciar que os casos por TB são eventos socialmente determinados, o que acaba por reforçar a importância da proteção social por sistemas universais de saúde com vistas à eliminação da TB e que não mais aconteçam mortes injustas ou evitáveis. Por fim, a investigação revelou um perfil da população atingida pela doença, evidenciando aspectos epidemiológicos importantes a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

serem considerados em termos de gestão e organização dos serviços de saúde para a equidade no acesso e desenvolvimento social.

Palavras-chave: Tuberculose. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Aspectos clínicos-epidemiológicos.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A FRAGMENTAÇÃO NA DIMENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Wirley Quaresma da Cunha, Ingrid Fabiane Santos da Silva

**Apresentação:** Na mudança de lógica ocorrida na Reforma Sanitária a cura de doenças deixa de ser o eixo estruturante do modelo assistencial, assim a organização dos serviços de saúde se distancia da prestação de serviços de ordem técnica e de caráter clínico e terapêutico. No entanto, a inovação dos princípios orientadores não reflete automaticamente nas práticas de saúde, ao contrário disso, a concretização deste novo modelo perpassa por estas, na relação profissional-usuário, a partir do momento em que os profissionais incorporam em suas ações tais princípios. Nesta linha, a adoção de uma concepção ampliada exige repensar o processo de trabalho em saúde, pois o trabalho neste campo não deve se resumir à técnica profissional, considerando que esta não é suficiente para responder adequadamente às necessidades em saúde. No entanto, em revisão bibliográfica realizada durante pesquisa de dissertação de mestrado, na qual buscou-se conhecer como a literatura acadêmica da Saúde Coletiva aborda o tema da fragmentação na saúde no âmbito assistencial, percebemos que vários autores analisados apontam elementos problemáticos no que diz respeito às práticas em saúde, principalmente reforçam a dificuldade de colocar em prática o que fora preconizado na RS. A fragmentação é relatada de diferentes maneiras nos artigos que compuseram esta revisão, porém neste trabalho nos detivemos sobre os elementos referentes à dimensão das práticas em saúde, denominada aqui de processo de trabalho, englobando o modo de organização e execução das práticas de cuidado dos diversos profissionais de saúde em todos os níveis da assistência, incluindo articulação das práticas no trabalho das equipes multiprofissionais. **Desenvolvimento:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. O levantamento foi realizado em setembro de 2016 nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, utilizando as palavras-chave “fragmentação” e “saúde”. Adotamos como critério de seleção: texto integral estar disponível online, ser escrito em língua portuguesa e ter como eixo temático o sistema de saúde brasileiro. Não delimitamos um período específico para as publicações pois buscamos abarcar amplamente as publicações sobre a temática. Ao todo, foram recuperados 249 artigos, sem excluir aqueles comuns a mais de uma base. Depois de realizada a leitura dos títulos e resumos de todos os textos foram excluídos os trabalhos que versavam sobre os serviços de saúde privados, a formação dos profissionais de saúde, a





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

educação em saúde, políticas ou programas oficiais e sistemas de saúde estrangeiros, ficamos assim com uma amostra final de 56 trabalhos. Resultados: Foram identificados três elementos referentes à fragmentação na dimensão do processo de trabalho, a saber: acolhimento, vínculo e trabalho em equipe. A) O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), e também considerado como o elemento inicial no processo de trabalho em saúde ou ainda como um instrumento de trabalho, sendo atribuição de todos os profissionais da saúde realizá-lo no encontro com o usuário. O acolhimento é tido como determinante para a integralidade no cuidado, na medida em que se assume o compromisso com a resolução do problema demandado, através de uma escuta qualificada e respostas adequadas que potencializam os efeitos terapêuticos. No entanto, alguns estudos apontaram fragilidades na prática do acolhimento, como a sua burocratização e sistematização, o que afeta a qualidade do cuidado e resolutividade dos casos. Diferentemente do que é recomendado pela PNH, observa-se que o acolhimento ainda é pautado no modelo clínico de queixa-conduta na forma de triagem, funciona como seleção de casos e na ordenação de chegada, sem levar em conta outros aspectos para a priorização do cuidado. Outro fator limitador é o espaço físico dos estabelecimentos, sendo apontado como um ambiente não acolhedor. Pouca atenção é dada à alocação dos espaços de atendimento, que muitas vezes são improvisados e com instalações físicas inadequadas, especialmente nas ESF's. B) Outro elemento apontado diz respeito ao vínculo, assim como o acolhimento ele é considerado uma tecnologia da relação e também está presente na PNH. O vínculo é considerado uma importante estratégia no processo de trabalho e determinante para a qualidade na atenção, pois a relação que se constrói no encontro entre profissional e usuário potencializa a eficácia das ações, proporcionando uma melhor aproximação com indivíduo e consequentemente possibilitando a compreensão das suas necessidades e singularidades. A intenção deste dispositivo é também equilibrar as disparidades na relação de poder que geralmente colocam de um lado o profissional de saúde como aquele que detém o saber e a técnica e, de outro o usuário que não possui gerência sobre o processo terapêutico, tendo que se submeter às decisões daquele. No novo modelo assistencial o usuário é sujeito e participa ativamente da produção do cuidado, pois considera-se que os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para o sucesso do trabalho em saúde. Não obstante, verifica-se a enorme dificuldade de se estabelecer o vínculo com os usuários no cotidiano da assistência, como apontam diversos estudos pesquisados. Relata-se que a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

maior barreira apontada para que o mecanismo seja construído é o fato de que o trabalho em saúde ocorre por meio de atos racionalizados e mecanizados. Um dos obstáculos apontados que impede a construção de vínculo é a rotatividade dos profissionais de saúde, sobretudo de enfermeiros e médicos da Atenção Básica. C) A referência à fragmentação nesta dimensão deriva também da forma como o trabalho nas equipes multiprofissionais vem sendo desenvolvido. Estas equipes foram introduzidas no sistema de saúde também como uma estratégia para a superação da lógica biologicista, deste modo seria possível ter diferentes profissionais que possuem olhares distintos sobre o fenômeno da saúde atuando conjuntamente, o que enriqueceria o trabalho e seria fundamental para a qualidade da atenção prestada. Porém, inúmeras são as dificuldades apontadas quanto a forma que o trabalho nas equipes multiprofissionais vem ocorrendo. A principal delas é articulação necessária para que se reconheça como trabalho em equipe propriamente dito. A reunião de profissionais de diferentes áreas em equipes multiprofissionais por si só não garante que a integração ocorra. Alguns autores atestam que os serviços de saúde se organizam ainda em departamentos com base em especialidades clínicas e, a organização do trabalho obedece à lógica das profissões. Cada departamento se responsabiliza por executar determinadas ações de acordo com as suas áreas de conhecimento, com isso as ações não se interconectam e não se efetiva um trabalho realmente compartilhado. As relações verticalizadas são outro empecilho ao trabalho em equipe, isto significa dizer que os profissionais que ocupam cargos de gestão geralmente tomam as decisões unilateralmente, sem consultar os demais profissionais. Considerações: A fragmentação no processo de trabalho incide diretamente na qualidade da assistência e, conseqüentemente no atendimento ao princípio da integralidade. Os autores são enfáticos ao defenderem que a organização das práticas em saúde deveria ser orientada à luz da integralidade, mas diferentemente disto, observa-se nos trabalhos analisados que a fragmentação no processo de trabalho é encarada como um obstáculo para o cuidado integral. Além disso, percebemos um enorme descompasso entre o que fora preconizado no contexto da Reforma Sanitária e o que se visualiza no chamado SUS real, evidenciando que os esforços feitos no sentido da reestruturação no âmbito assistencial e da superação do modelo de atenção fragmentado de viés biomédico ainda não foram suficientes.

Palavras-chave: Fragmentação; Processo de trabalho; Atenção à saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIAS MÓVEIS DE INFORMAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Clécia Pereira da Silva, Gicely Regina Sobral Monteiro, Wellington Bruno Araújo Duarte, Ana Lúcia da Hora e Sá Sá, Renata Cabral, Alberto Luiz Alves de Lima, Talita Helena Monteiro de Moura, Inês Patrícia Ferreira Guedes

Nos dias atuais, é indiscutível a importância dos Sistemas de Informação no exercício de atuação da Saúde Pública no Brasil, pois o desenvolvimento dessa atividade é uma condição essencial para a análise da situação sanitária de um local, na avaliação dos programas e ações realizadas na área da saúde, indicadores, bem como na tomada de decisões, concebidas a partir de evidências presentes no território vivo, no qual a população está inserida.

Em consequência disso, é importante a propagação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e a ampliação da informatização nos serviços públicos. Ao longo dos anos, observou-se que paulatinamente, os serviços de saúde pública, especialmente a atenção primária em saúde, têm vivenciado mudanças significativas nos processos de registro e transmissão de dados e informações. A estratégia e-SUS AB, por exemplo, faz referência a um modelo de informatização no SUS de forma qualificada. O Ministério da Saúde (MS) implementou o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), com o intuito de modificar a forma de organização das informações na Atenção Primária em nível nacional. Essa iniciativa busca qualificar o processo de informatização, no sentido de alcançar um Sistema Único de Saúde eletrônico.

Portanto, essas mudanças têm por objetivo provocar alterações no funcionamento da Atenção Básica, em especial, na organização da Equipe de Saúde da Família, através do processo de informatização dos registros de dados dos usuários. Levando em consideração esses aspectos, nota-se que essas mudanças irão contribuir para a geração de informação que estejam de acordo com a realidade da assistência prestada, bem como, irão auxiliar na confiabilidade dos dados para realização da avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde através dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Uma vez que ainda predominam, em grande parte dos municípios do Brasil, a execução da coleta de dados de forma manual, exercida por técnicos de saúde, com subsequente



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

encaminhamento para um profissional do setor administrativo, que os recebe e procede à digitação. Esta prática está susceptível a perda de informações, e conseqüentemente pode interferir nos resultados indicadores gerados em nível local de saúde.

Mesmo diante da Portaria nº 2.920 de 31 de outubro de 2017 que versa sobre o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS), o município do Jaboatão dos Guararapes, de grande porte da região Nordeste do Brasil, localizado no Estado da Pernambuco, iniciou no mês de julho de 2017 o processo de informatização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visto que esses profissionais atuam na Atenção Primária como um elo entre a população adstrita e a equipe, fortalecendo as ações de vigilância e promoção da saúde.

Diante do fato de que uma significativa quantidade de dados sobre o cadastramento do domicílio, dos indivíduos que compõem uma família e os provenientes das visitas domiciliares serem preenchidos na maioria das vezes por Agentes Comunitários de Saúde, visto que a realização do cadastramento da população adstrita é uma das suas atribuições e estes dados antes eram preenchidos manualmente por estes profissionais. Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de implantação de tecnologias móveis de informação para ACS.

É importante destacar que antes do processo de implementação da informatização realizou-se uma análise sobre a melhor forma de introduzir esta tecnologia no município. Posteriormente, chegou-se a conclusão que a ferramenta mobile para o Agente Comunitário de Saúde utilizar na visita domiciliar pode potencializar o trabalho e proporcionar uma visão ampliada do território para subsidiar o planejamento das ações de saúde.

A introdução de dispositivos móveis para a coleta de informação em campo pelo Agente Comunitário de Saúde inclui a distribuição do tablet, um aparelho que possui uma estrutura fina e compacta, uma tela sensível ao toque (touchscreen) que facilita o acesso aos comandos. O sistema contém as informações necessárias para cadastramento da população adscrita ao território da Estratégia de Saúde da Família, por meio das fichas que o Ministério da Saúde preconiza, possibilitando uma coleta de dados rápida e segura. As fichas incluem: cadastro domiciliar e territorial, cadastro individual, visita domiciliar e territorial, além da ficha para registrar atividades coletivas.

A ferramenta mobile também agrega outras funcionalidades fundamentais para o planejamento das ações, dentre elas, a geolocalização que permite a visualização das coordenadas geográficas; o monitoramento da produtividade que consiste no



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

acompanhamento da produção registrada pelo profissional por período, tipo de visita, etc. Além de importante ferramenta de gestão do cuidado, como relevantes marcadores de saúde sócio-demográficos e situação dos imóveis, indivíduos e visitas. Permite também o registro de ocorrências sendo, portanto, uma coleta de dados customizada de marcadores relevantes que afetam a qualidade da saúde pública do município.

No período de 4 de julho a 8 de agosto de 2017 os Agentes Comunitários de Saúde participaram do processo de capacitação profissional com carga horária de 20 horas, e ao final deste período, os 785 profissionais que receberam o equipamento foram capacitados.

O dispositivo tem facilitado o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, uma vez que oferece agilidade no desempenho das atividades realizadas pelos profissionais, garantindo assim melhor gestão da saúde na cidade, dada a riqueza de informações que serão utilizadas para o planejamento da melhoria da assistência prestada à população. Outro benefício apresentado a partir dessa atividade é a reorganização do território no qual esses profissionais atuam, esclarecendo características das famílias atendidas e ajudando a gestão a requalificar e melhorar a atenção primária.

Alguns desafios presentes na execução dessa atividade são: a incipiente informatização das unidades de saúde, existindo um difícil acesso à internet nessas localidades o que exige uma organização dos coordenadores municipais em conduzir os ACSs para locais de acesso à internet para enviar os dados ao sistema. Mas, a gestão municipal está viabilizando melhorias para que todas as unidades tenham pontos de internet. Ressalta-se também que anteriormente existia uma insuficiência de financiamento específico para aplicação desses projetos, visto que portarias referentes a esses procedimentos foram publicadas no final do ano de 2017.

Levando-se em consideração esses aspectos, nota-se que na história da saúde pública sempre esteve presente a dificuldade na organização de dados para a formulação de indicadores devido à problemática no preenchimento manual de uma grande quantidade de formulários que servem de base para a coleta de dados que são inseridos nos diversos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Dessa forma, a informatização dos ACS se apresenta como avanço muito importante na melhoria do planejamento e gestão no setor público, uma vez que contribui para consolidação de dados reais que demonstram as necessidades vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Tecnologia; ACS; tablet



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CUIDADO DE ENFERMAGEM MEDIADO PELA COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL: UM RELATO ACADÊMICO

Thais Moreira Gomes, Brenda Sampaio de Souza, Berenice dos Santos Cavalcante, Gabriella Martins Soares, Nayara da Costa de Souza, Sarah Regina Aloise, Eron Soares C Rocha

**INTRODUÇÃO:** No atual contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, os povos indígenas dispõem de um Subsistema de atenção à saúde, regulamentado pela Lei nº 9.836/99. O subsistema tem como objetivo fornecer acesso aos serviços de saúde de forma integrada, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a diversidade cultural. A população indígena no Amazonas é muito elevada, chegando a regiões como no Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI do Alto Rio Negro, onde mais da metade da população constitui-se de indígenas, o que nos faz refletir sobre as especificidades desse povo e de como devemos atuar frente os problemas e agravos à saúde dessa população. Isso implicaria em incorporar, no âmbito das ações de saúde, a capacidade de compreender e agir de acordo com as especificidades culturais da população; viabilizar formas de melhoria do acesso equitativo aos serviços de saúde e da qualidade da atenção; gerar impactos sobre os indicadores de saúde; oferecer informações epidemiológicas específicas em relação à saúde das populações indígenas; e propor estratégias de intervenção adequadas às realidades socioculturais. A equipe de enfermagem está envolvida nesse processo do cuidado às populações indígenas. Como tal, é necessário estar inserida nas discussões e amadurecimento de suas práticas, com vistas a atender a política definida em nosso Sistema de Saúde. Assim, as Instituições de Ensino Superior que atuam no Amazonas, necessitam ampliar discussões sobre a formação dos enfermeiros, no que se referem os problemas emergentes das práticas dos profissionais em área indígena, bem como, o processo de formação, sem perder de vista a necessidade da produção de conhecimento da enfermagem no campo da saúde indígena. **OBJETIVO:** relatar a vivência acadêmica no cuidado de enfermagem ao paciente da etnia Korubo na CASAI (Casa de Saúde Indígena) mediado pelo processo de comunicação intercultural. **DESENVOLVIMENTO:** A experiência ocorreu na CASAI localizada na AM 010, Km 25 no município de Manaus. A CASAI é parte integrante do Subsistema de atenção à Saúde Indígena. Tem por finalidade prestar apoio a pacientes indígenas referenciados pelos DSEIs aos serviços de média e alta complexidade na rede do

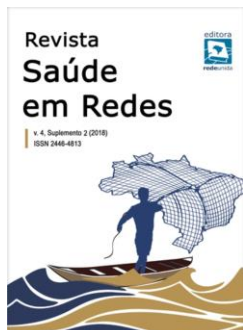


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SUS. As práticas assistências ofertadas no âmbito da CASAI contempla um rol de ações voltadas à saúde da mulher e da criança, saúde do adulto e saúde do idoso. Essas ofertas envolvem os serviços hospitalares e ambulatoriais da rede de saúde do Estado do Amazonas. Essa assistência é ofertada por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e outros. A CASAI é uma instituição que acolhe indígenas com necessidade de saúde de várias etnias oriundas do interior do Amazonas e dos estados vizinhos como Roraima, Acre, etc. Durante a visita, realizada na CASAI os acadêmicos inicialmente conheceram diferentes setores (enfermarias, alojamentos, gerência, sala de curativos, entre outros), assim como o cotidiano dos serviços de saúde ali ofertados. Os alojamentos são divididos em etnia, por considerar os aspectos culturais que envolvem cada povo. Posteriormente, os pacientes indígenas que apresentava maior necessidade de atenção no seu quadro clínico foram distribuídos entre os acadêmicos. Eram observadas as necessidades humanas afetadas desses pacientes e na sequência elaborado um plano de cuidado. Percebeu-se também que cada cultura tem suas peculiaridades em relação ao aspecto saúde/doença. Essa atividade possibilitou a troca de saberes de estilo de vida, aspectos culturais e de saúde entre os usuários indígenas, familiares e os acadêmicos de enfermagem que ali se encontravam. RESULTADOS E IMPACTOS: Um olhar atento sobre a realidade da CASAI pode fornecer elementos importantes para o entendimento dos rumos da política de saúde indígena e da formação do enfermeiro (a) no contexto amazônico. Portanto, nesta parte do relato, propomos descrever nossas observações sobre o processo de comunicação entre usuários indígenas, familiares e profissionais de saúde na CASAI. Durante a anamnese /coleta de dados de enfermagem, destacamos três pontos essenciais para que a comunicação seja mutuamente eficaz na instituição de saúde, no qual envolvem questões culturais, interpessoais e assistenciais. Em relação às questões culturais, podemos destacar a dificuldade de compreensão das línguas indígenas por parte dos profissionais, bem como adequação aos seus costumes, sendo importante criar meios de facilitar a comunicação e compreensão. Um ponto importante observado foi à presença de uma técnica de enfermagem de origem indígena, no qual seus conhecimentos foram importantes para o estabelecimento de uma comunicação diretamente com uma família da etnia Korubo, pois a pouca interação entre o profissional e o paciente culmina em uma relação frágil e pouco concreta o que pode muitas vezes contribuir para uma assistência errada ou ineficaz, pois os pacientes deixam de expor os sintomas por timidez ou dificuldade de se expressarem. Os Korubos, conhecidos





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

como “Índios caceteiros”, são povos de recente contato com a sociedade nacional, a maior parte vive isolada por isso pouco se conhece dos seus costumes, tradições, interpretação do processo saúde versus doenças e suas práticas de cura e cuidados. No entanto, sabe-se que nessa comunidade é comum a relação de casamento entre parentes consanguíneos, que gera maior probabilidade de complicações hereditárias, além da prática de infanticídio. Durante a aula prática o nosso paciente era uma criança indígena da etnia Korubo, fruto de uma relação consanguínea, diagnosticada com ictiose e posteriormente com úlcera ocular. Nesse caso os acadêmicos empedrados dos conteúdos teóricos discutidos em sala de aula, procuraram manter o respeito e compreender as crenças sem imposições visando sempre uma assistência de real qualidade e resolubilidade. Observou-se a forte relação interpessoal entre a enfermeira que cuida e oferece assistência à criança. Esse cuidado mais íntimo proporcionou a criação do afeto e carinho, na qual a enfermeira relatou que considera a criança que cuida há quase um ano como membro de sua família. Vê-se a importância dessa relação interpessoal quanto trata-se do binômio paciente-profissional, baseada na empatia que transpira confiança e respeito. Foi possível entender que as questões culturais exercem forte influência sobre as ações e pensamentos sobre a população. Já as questões que envolvem a comunicação assistencial, foi possível observar que a CASAI recebe para tratamento pacientes de várias etnias e muitas vezes essas questões culturais são expostas principalmente em relação ao diagnóstico obtido durante o tratamento interferindo diretamente na qualidade de vida dessa pessoa. Algumas etnias preferem se manter distantes de alguns quadros de saúde crônicos mais complexos devido exatamente a essas influências culturais. Por isso é essencial nestas situações respeitar e compreender as crenças sem imposições e questionamentos, visando sempre uma assistência de saúde humanizada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os acadêmicos não mediram esforços para prover os cuidados, ultrapassando barreiras culturais, geográficas, linguísticas e de comunicação. Porém, observou-se que a maior dificuldade foi no processo de comunicação com o indígena, visto que não somente entender seu dialeto foi o principal fator, mas também o modo de abordagem, ofertando cuidados e respeitando a cultura dos mesmos. Tendo em vista os aspectos observados, faz-se necessário uma qualificação mais aprofundada para os acadêmicos, para que seja, então, competente, em relação aos aspectos culturais, interpessoais e assistenciais, embasados em conhecimentos antropológicos, a fim de oferecer serviços efetivos respeitando a realidade dos indígenas.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ESTUDO E APRIMORAMENTO DO TRABALHO DOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS NO MUNICÍPIO DO CANTÁ- RR

Sandra Maria Rabelo Huzek, Regia Cristina Macedo Silva, Caroline Keser Abreu Viveiro, Josiel David Salinas Machado

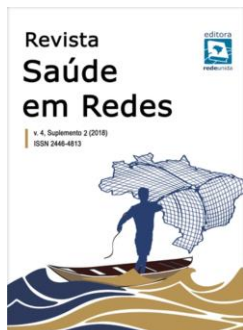
Agentes de controle de endemias são profissionais que trabalham em contato direto com a população, mas para a garantia da qualidade dos serviços prestados torna-se fundamental investir em capacitações, treinamentos e equipamentos para que assim seja possível alcançar êxito no trabalho. A profissão do Agente de Controle de Endemias, trabalhador de nível fundamental, tiveram suas atividades regulamentadas apenas em 2006, através da Lei 11.356, que define as atribuições desenvolvidas pelos Agentes de Controle de Endemias. Estes profissionais são servidores do âmbito municipal, e que estão prontos para qualquer tipo de endemias e devem trabalhar de forma integrada às equipes de atenção básica na Estratégia Saúde da Família, participando das reuniões e trabalhando sempre em parceria com o Agente Comunitário de Saúde. No entanto, diante das situações em que o Brasil vive, decorrente de uma variante de doenças endêmicas que muitas das vezes mata sem limites, um dos principais fatores para o surgimento dessas doenças é falta de controle e cuidado que as pessoas não tem em combater, ressaltando, neste caso, ainda mais a importância desses profissionais para o combate de criadouros e focos dessas endemias. Nesta ótica, a pesquisa pode vivenciar em loco o trabalho dos agentes de controle de endemias pelos acadêmicos do curso de Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima. Desta forma na pesquisa em pauta, o município do Cantá [i], que fica localizado no estado de Roraima, foi possível conhecer de perto as funções e o trabalho realizado pelos agentes, suas visitas de casa em casa de acordo com sua micro área e suas dificuldades. OBJETIVO GERAL apresentar relato de uma experiência de iniciativa para capacitar os agentes de controle de endemias para agir no contexto atual de saúde, relacionado a uma possível epidemia de zika vírus no município do Canta-RR. MÉTODOS o estudo do tipo exploratória-descritivo, teve como amostra 06 Agentes Controle de Endemias onde buscou-se através da observação das atividades diárias uma compreensão melhor das ações desenvolvidas e a interação com o público de suas áreas adstritas. . Para o desenvolvimento da pesquisa em um primeiro momento realizou-se um levantamento



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

bibliográfico através de leituras de livros, artigos e revistas eletrônicas que forneceu base teórica para a estruturação do projeto, de acordo com (CRISTIANE 2005 p.03). Ressalta-se, assim, que, por meio de um levantamento bibliográfico não se pretende encontrar uma grande quantidade de textos sobre um conceito genérico, mas encontrar informação precisa e relevante relacionada ao tema da pesquisa, em quantidade razoável a fim de que possa ser lida e analisada durante parte do tempo de realização de uma pesquisa. Durante as atividades de pesquisa foram analisadas todas as atividades dos agentes de endemias do município de Canta-RR, por meio de observação e aplicação de instrumento visando a compreender à forma como trabalham e do conhecimento que tem em relação às diversas endemias que ocorrem no município. CONCLUSÕES verificou-se falta de treinamentos e capacitações para os agentes, que de tal forma vêm a comprometer a eficiência das atividades desenvolvidas. Também se pode observar o desconhecimento por parte da população do papel dos agentes de controle de endemias, bem como suas atribuições. Cabe destaque a ausência de material de segurança de uso individual (Equipamento de Proteção Individual-EPI), considerando as diversas situações a que os agentes são expostos durante a realização de suas atividades. Agentes de Controle de Endemias (ACEs), trabalham diretamente com substâncias tais como aplicação de larvicidas e inseticidas. Ressaltamos que os agentes de controle de endemias necessitam ser reconhecidos não apenas em decorrência da lei que os ampara, mas também pela população que necessita de tais serviços. A realidade observada durante o desenvolvimento do projeto demonstrou que a população desconhece amplamente o trabalho dos agentes de controle de endemias, ou seja, suas atribuições, perfil e competências entre outras atividades. A dimensão do trabalho destes profissionais vai muito além de apenas agentes da Dengue. Sabemos que os Agentes Controle de Endemias exercem um contato direto com a população e esse é um dos fatores mais importantes para garantir o sucesso do trabalho por eles desenvolvido. Cabe destaque que nesse sentido, se houver todo um processo de melhoria nas atividades desenvolvidas por esses agentes, o resultado poderá refletir diretamente na diminuição de gastos com internações de pacientes em hospitais, que para o Sistema Único de Saúde - SUS chega a ter custos elevadíssimos. Todas as atividades trabalhadas com os agentes de controle de endemias serviram para mostrar que muito ainda precisa ser feito com esses profissionais que trabalham inteiramente com a população Sabemos que os Agentes Controle de Endemias exerce inúmeras atividades, que não se limitam apenas em vistoriar quintais a procura de criadouros da



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dengue. Portanto, sugeriu-se a proposta de capacitação e o uso de ferramenta que pudessem melhorar a qualidade de suas funções para com população, ressaltando que a valorização, ampliar a capacitação correta desse profissional, o que certamente trará resultados positivos para os municípios e minimização dos gastos hospitalares com a saúde das pessoas. Concluindo, as atividades desenvolveu-se uma proposta de trabalho baseada na matriz de SWOT[ii] visando apresenta-la como uma ferramenta útil para o gestor municipal realizar análises de cenário ou análises de ambiente, como base para a gestão e o planejamento estratégico da equipe de endemias. Sendo assim faz-se necessário que esse tema seja posto em discussão de forma mais ampliada, com o intuito de mostrar aos gestores públicos a importância de valorização desses profissionais.

Palavras chaves. Agentes de controle de endemias. Doenças endêmicas. Capacitação.

[i] Município brasileiro do estado de Roraima, integrante da Região Metropolitana de Boa Vista. Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 16.977 habitantes em 01/07/2017.

[ii] A matriz de SWOT serve para posicionar ou verificar a situação e a posição estratégica da empresa no ambiente em que atua (MCCREADIE, 2008).

Palavras-chave: Agentes de controle de endemias. Doenças endêmicas. Capacitação.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A ENFERMAGEM NO SUPORTE FAMILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Kenia Caceres Souza, Maria Betina Leite de Lima, Plyscilla Seeymour Barbier Naide, Bruna de Moraes Quintana, Thauane de Oliveira Silva, Marlize da Rosa Oliveira, Michele Ribeiro de Oliveira

**Apresentação:** Durante o processo de hospitalização, as famílias passam por diversas alterações na sua estrutura organizacional. A internação do ente querido nas Unidades de Terapia Intensiva acarreta em alterações emocionais e estruturais na família que, exige dos profissionais de enfermagem uma abordagem mais ampla. O trabalho tem por objetivo caracterizar o suporte familiar prestado pela equipe de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** O estudo trata-se de uma revisão integrativa a partir da busca online nas bases de dados contidas no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os seguintes descritores: Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva; Relações profissional-família. Incluiu-se na pesquisa, os artigos intimamente relacionados ao tema, excluindo teses e relatos de experiência. 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; apresentação da revisão. **Resultados:** 29 artigos foram analisados e a partir disso concluiu-se que a inclusão da família é de grande importância para promoção da saúde e bem-estar do paciente. **Considerações finais:** Foi possível evidenciar que as estratégias baseadas na humanização como acolhimento, comunicação, aproximação maior paciente-família, as principais medidas para a minimização do sofrimento decorrente da hospitalização, repercutindo positivamente para enfrentamento da situação pela família bem como para o trabalho da equipe de enfermagem.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva; Relações profissional-família



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A SALA DE ESPERA COMO DISPOSITIVO DE ESCUTA E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA DEFENSORIA PÚBLICA.

Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, Mariana Martins Gonçalves, Mariana Martins Gonçalves, Mariana Martins Gonçalves

O presente trabalho parte da premissa de que o trabalho em saúde não está restrito à rede de atenção sanitária stricto sensu e que a prática da escuta e do acolhimento das vulnerabilidades psicossociais pode ser realizada em equipamentos outros, tendo como objetivo a produção de saúde e a garantia de direitos e dignidade. Pautados por essa perspectiva, em 2017, foi criado o projeto de extensão Promoção de arte, saúde e garantia de direitos (PASÁRGADA), vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

O objetivo geral do projeto é de criar espaços de intervenções e construção de conhecimento da Psicologia na interface com os campos da Saúde Coletiva, dos Direitos Humanos e das Políticas Públicas, articulando-se às dimensões de ensino e pesquisa. Neste sentido, além de pôr em prática a premissa citada anteriormente, o projeto visa, também, a problematizar a inserção da Psicologia em contextos sociais diversos, no que se refere aos seus limites e possibilidades a partir da perspectiva do cuidado e da clínica ampliada. Busca, ainda, fomentar a construção de conhecimentos teórico-metodológicos a respeito das políticas públicas na interface entre saúde e direitos humanos, assim como incentivar, na formação discente, o debate acerca da ampliação das práticas clínicas em outros territórios.

Apesar de várias mudanças ocorridas na formação em Psicologia nos últimos anos, observamos que a discussão acerca da promoção da saúde e de outras formas de intervenções, que não sejam as da clínica tradicional, ainda são entendidas, muitas vezes, como formas menores ou menos importantes na atuação profissional. Por outro lado, contudo, percebemos que os saberes e práticas psi têm sido convocados a comporem outros modos de cuidado, atravessados pela interlocução com campos disciplinares diversos e baseados em uma perspectiva psicossocial.

Neste sentido, apresentamos a experiência que realizamos em parceria com o Núcleo de Atendimento ao Preso Provisório e Vítima de Violência (NUAPP), da Defensoria Pública do



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Estado do Ceará, de acolhimento dos usuários desse serviço, a saber: especialmente, familiares de pessoas que estavam presas provisoriamente e que buscavam o NUAPP para atendimento jurídico. Antes, porém, de nos determos mais especificamente no trabalho promovido, é importante contextualizarmos a demanda por nossa intervenção.

O público atendido pelo NUAPP caracteriza-se, principalmente, por mulheres (mães, companheiras, avós...), de baixo poder aquisitivo, que, muitas vezes, são ou tornaram-se arrimos da família. Foi-nos relatado pelos Defensores Públicos e pelos profissionais técnico-administrativos que, de modo recorrente, os usuários do serviço apresentavam queixas em relação ao desgaste emocional e psicológico pelo qual estavam passando. Os profissionais técnico-administrativos, especialmente, diziam ter dificuldades em lidar com as expressões de sofrimento e choro que, muitas vezes, apareciam. Já os Defensores mostravam preocupação em tornar o ambiente da Defensoria um lugar de acolhida e interseção de redes de suporte.

O NUAPP já havia contado com uma equipe de atendimento psicossocial (com profissional de Psicologia e Serviço Social) durante um ano, mas por questões de ordem administrativa, não existia mais esse trabalho. Além de acolhimento a casos mais específicos, tal equipe realizava encaminhamentos, visitas domiciliares e apoio aos profissionais do núcleo.

A partir do mapeamento desse cenário e dos objetivos e possibilidades do PASÁRGADA, delineamos algumas ações. A principal foi a implementação da metodologia da sala de espera para fazer uma escuta pontual aos usuários que assim desejassem. A partir desse momento de acolhimento, eram feitos encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e para a rede de assistência social (CRAS e CREAS), dentre outras.

Ao final do primeiro semestre de 2017, foi elaborada uma cartilha informativa com o endereço, telefone e localização no mapa de todos os dispositivos da RAPS, os CRAS e CREAS de cada Secretaria Regional, além do contato de clínicas-escolas que prestavam atendimento psicoterápico gratuitos na cidade e que fossem considerados relevantes de acordo com os encaminhamentos comumente realizados. Esse instrumento foi elaborado, também, para que a própria equipe do NUAPP pudesse fazer os encaminhamentos quando julgasse necessário.

Para tanto, foram ofertadas oficinas informativas com a equipe profissional do núcleo, explicando como funcionava essas redes de atenção, bem como uma sensibilização acerca



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

da população mais vulnerável para a qual eles prestavam assistência. Buscou-se, ainda, realizar momentos de cuidado com o cuidador, através de oficinas mais vivenciais.

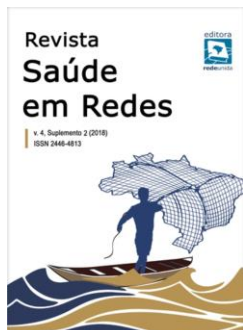
As atividades realizadas no NUAPP foram interrompidas no segundo semestre de 2017, haja vista questões burocráticas relacionadas ao estabelecimento do convênio entre as duas instituições (UFC e Defensoria), mas tais intervenções nos deixaram muitas marcas e nos fazem refletir acerca da necessidade de engendrar espaços de cuidado para os usuários e trabalhadores, que lidam diariamente com adversidades de todas as ordens, e que, muitas vezes, padecem sozinhos por terem que lidar com um cotidiano de histórias de violência, exclusão e injustiça.

Histórias como a da senhora que, ao ser atendida, tem uma crise de choro convulsiva e diz que se treme de fome, mas de vergonha também. Nunca imaginou ter que passar por aquela situação, embora soubesse que o filho mais novo já andava “fora da linha”. Era catadora de lixo, morava numa ocupação e criava uma filha e uma neta. Era esse seu filho quem lhe ajudava com as despesas da casa. Não conseguia entender as orientações técnicas dadas e se mostrava ainda mais preocupada pelo fato de não poder contar com ninguém da família. Seus outros filhos diziam que ela não deveria fazer nada por aquele que se encontrava preso. Fazia uma semana que ela o tinha visitado no presídio. Encontrou-o doente, em condições precárias de habitação e higiene. Não sabia o que fazer, nem a quem recorrer. Quando o profissional que a estava atendendo levantou, ela confidencia que estava doente. Já tinha ido ao posto, mas a consulta tinha sido remarcada. Depois de ser atendida, agradece as informações e a conversa. Disse ter sido bom ser ouvida, sem julgamento.

Outro caso foi de uma mulher, que ao mesmo tempo em que ia buscar auxílio jurídico para um parente preso, também pedia ajuda por ter sido vítima de violência desse mesmo parente. Paradoxo sofrido e que nos mobilizava a uma escuta atenta, sensível. Houve, ainda, o caso da família que foi vítima de violência por parte do Estado. Teve a casa invadida por motivo torpe. Na realidade, uma discussão de vizinhos levou à situação. Pelo medo, abandonaram a casa com tudo dentro. A vida parecia suspensa. A quem recorrer nessa situação?

Essas e outras tantas histórias ouvidas e acolhidas pelo projeto nos mostram a necessidade de produzir espaços de cuidado nas interfaces dos diferentes campos e de aprofundarmos as discussões, especialmente no âmbito da Psicologia, a respeito da intersetorialidade, da atenção em rede e interdisciplinar, e, principalmente, da saúde como produção contextual e multideterminada, sendo um dos pilares da dignidade e do respeito ao ser humano.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Entendemos que a experiência realizada, embora pontual, mostrou-se profícua e indica muitas possibilidades de desdobramentos, além de proporcionar à formação a possibilidade de contato com a diferença, com os limites e com os desafios de atuar em saúde na convergência das políticas públicas. Em última instância, aponta para uma formação que não é só da ordem técnica ou conceitual, mas que se abre para a sensibilidade, compromisso, articulação e invenção.

Palavras-chave: Saúde; Sala de Espera; Direitos Humanos.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM COMUNIDADES RURAIS DO INTERIOR DA AMAZÔNIA

Monica Karla Vojta Miranda, Antonia Irisley da Silva Blandes, Cristiano Gonçalves Morais, Géssica Rodrigues Silveira, Gisele Ferreira de Sousa, Lays Oliveira Bezerra, Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Franciane de Paula Fernandes

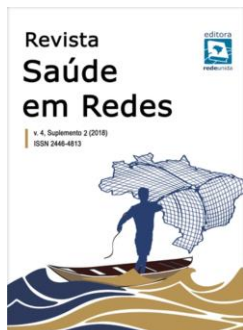
Apresentação: O fortalecimento da atenção primária em saúde é um dos focos das políticas públicas direcionada a diversos fins como a prevenção, rastreamento e acompanhamento. Nesse sentido, a partir da década de 1980 através dos movimentos sociais em prol de melhorias e acesso a saúde para toda a população foi ganhando maior notoriedade e adesão da sociedade. Assim, diante dessa conjuntura em 1990, o governo através da lei 8.080 criou o sistema único de saúde (SUS), um sistema público que passou a garantir à assistência à saúde de todos os brasileiros em todo o território nacional. No entanto, devido às dimensões continentais do Brasil alguns locais apresentam dificuldade de acesso, como é o caso do território amazônico. Outrossim, essas regiões por apresentarem tamanha dificuldade de acesso, a assistência à saúde para a população é um tanto dispendiosa, e além disso, há escassez de profissionais que desejam trabalhar nessas áreas, devido as longas distâncias. Concomitantemente, fatores como: estrutura física e materiais inadequados, ademais nessas áreas também é notório a falta de recursos humanos, uma vez que nas unidades de saúde nessas áreas apresentam apenas dois profissionais, sendo um técnico e um enfermeiro ocasionando a sobrecarga do profissional que acaba não realizando uma assistência com qualidade. Diante disso, observa-se que uma grande parcela da população acaba desassistida, implicando em consequências graves para a saúde do indivíduo posteriormente, assim como a oneração do atendimento emergencial de média e alta complexidade, haja vista que parte dos moradores dessas áreas nunca foi em uma consulta médica ou realizou exames fundamentais como é o caso do exames citológico para o diagnóstico precoce de câncer de útero, glicose capilar e aferição da pressão arterial como método de rastreamento e prevenção do diabetes e doenças cardiovasculares. Considerando isto torna-se essencial compreender a realidade dessa parte da população para traçar medidas que viabilizem a assistência à saúde nessas áreas ponderando suas peculiaridades. Desse modo, este estudo tem por objetivo relatar ações de serviço em saúde realizada em



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

comunidades rurais por instituições de ensino superior. Desenvolvimento: Trata-se de um estudo de campo, descritivo, transversal de cunho quantitativo. Foi realizado em abril de 2017, pelos discentes e docentes do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, em uma comunidade localizada na região do eixo forte nas proximidades do município de Santarém, Pará. No decorrer da ação foram ofertados serviços em prol da saúde das pessoas desta comunidade no período da manhã, dentre os serviços ofertados realizou-se aferição de pressão arterial, glicemia e índice de massa corpórea, além do levantamento de informações referentes ao histórico clínico do paciente foram implementadas ações de educação em saúde com base nos dados adquiridos e nas necessidades observadas. Os parâmetros de avaliação da glicose capilar foram aplicados de acordo com as condições de cada participante de acordo com a ingestão ou não de alimentos. Quanto a aferição da pressão arterial esta foi realizada após vinte minutos da chegada da pessoa ao local de triagem com finalidade de evitar resultados alterados erroneamente. A coleta de dados se deu através de uma ficha elaborada para os fins deste trabalho, os dados foram coletados com o consentimento dos participantes, sendo a análise realizada através do software Excel 2016. Resultados e/ou impactos: A análise dos dados permitiu observar que 86% dos participantes apresentaram idade entre 18 a 58 anos de idade. Neste estudo foi avaliado o índice de massa corpórea (IMC) dos 72 participantes foram obtidos escores que foram classificados em 54% normal, 15% obesidade, sobrepeso 28% sobrepeso e 3% baixo peso. Foram avaliados dados referentes aos sinais clínicos dos participantes, a pressão arterial foram um destes dados 63% dos participantes apresentaram pressão arterial normal e 37% dos participantes apresentaram alteração na pressão arterial. Foram realizadas 61 aferições de glicemia em meio às ações, destes 87% apresentaram glicemia capilar entre os valores avaliados como normais e 13% apresentaram valores alterados. Foi realizado o levantamento do histórico clínico dos pacientes averiguando a presença de morbidades através disto foi possível observar que cerca de 13% se auto referiram como hipertensos, 100% dos participantes auto referiram-se como não sendo diabéticos e 1% dos participantes informaram ter hipotireoidismo. Correlacionado estes dados foi observado que 25% dos participantes que informaram não ser hipertensos apresentaram alterações nos níveis de pressão arterial e 13% dos participantes que informaram não ser diabéticos apresentaram alteração na glicemia capilar. Cerca de 22% dos participantes deste estudo que apresentaram alterações na pressão arterial apresentaram índice de massa corpórea alterados, cerca de 8% dos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

participantes que apresentaram alterações a glicemia capilar alterada avaliou-se índice de massa corpórea alterada. Após a avaliação dos dados clínicos foi realizada com os resultados averiguados educação em saúde, de forma individualizada, englobando temáticas como o controle de peso e da dieta, prática regulares de atividades físicas. Ressalta-se que este tipo de orientação direcionada foi vivenciada pela primeira vez por 90% dos participantes. Considerações finais: A inserção dos acadêmicos de enfermagem em meio a realidade de comunidades rurais distantes, oportuniza o aprimorando das técnicas básicas de avaliação de saúde e possibilita a vivência e a troca de experiências com a população, isto é essencial para a formação destes futuros profissionais que serão inseridos no sistema de saúde, este estudo averiguou a presença de fatores de risco a saúde como o sobrepeso e baixo peso em uma quantidade expressiva de participantes, além disso foi possível observar valores anormais no que refere a glicose capilar e pressão arterial, em pessoas que auto referiram não possuir nem hipertensão arterial nem diabetes mellitus, estes indicadores podem ser justificados pela carência da população estudada no acesso a serviços de saúde que possam rastrear e diagnosticar estas doenças. Esta conjuntura de carência ao acesso de serviços de saúde e lacunas presentes quanto a informação de saúde favorece o cenário para o surgimento de morbidades e comorbidades, por isto práticas voltadas para a difusão de serviços e ações de saúde em comunidades distantes por acadêmicos e docentes das universidades devem ser incentivadas visto que proporcionam o seu aprimoramento e disponibiliza população serviços e ações que favorecem o rastreamento de condições de risco e sensibilizam a população quanto a importância do autocuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção primária; Saúde coletiva; Enfermagem;



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### INOVAÇÕES NA ATENÇÃO A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Cláudia Mara de Melo Tavares, Américo de Araújo Pastor Junior, Gabriel Rodrigues Vieira

**APRESENTAÇÃO:** O cuidado em saúde mental nos serviços públicos de saúde da forma como é abordado hoje é recente. Data da década de 70 o início de uma série de lutas e discussões de trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e outros que levam a formulação de ideias mais libertárias e humanas de cuidado à pessoa em sofrimento mental. Chamamos de Reforma Psiquiátrica o conjunto de transformações da prática, saberes e valores culturais e sociais. A Reforma Psiquiátrica tem contribuído para a efetivação de uma nova política pública de assistência aos pacientes psiquiátricos e a construção de tecnologias de cuidado inovadoras. O processo de Reforma Psiquiátrica ainda está em curso no Brasil e demanda a construção de novos modos de estar diante da pessoa em adoecimento e instituindo práticas inovadoras de inclusão social e desinstitucionalização. Diante de tais afirmações, cabe perguntar: Quais as experiências inovadoras implementadas nos cuidados as pessoas em sofrimento mental são descritas na literatura científica nacional? Essas inovações são congruentes com o processo de reforma psiquiátrica? As publicações estão de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde? Para responder essas questões esta pesquisa tem como objetivo geral identificar as principais inovações no cuidado a pessoa em sofrimento mental nas publicações científicas. Para isso tem como objetivos específicos mostrar o que é inovação em saúde; conhecer as semelhanças e diferenças entre as pesquisas publicadas e categorizar os artigos encontrados de acordo com os itens da subagenda de Saúde Mental de pesquisa em saúde.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um trabalho de revisão integrativa de literatura, onde através da sistematização e ordenamento dos resultados é possível sintetizar o conhecimento produzido no período estudado sobre o tema. A seleção da amostra foi realizada através de publicações indexadas na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO); LILACS; MEDLINE; BDENF - Enfermagem. Para a seleção do material foram usados os seguintes critérios de inclusão todas as categorias de artigo, com resumos e textos completos disponíveis, publicados em português entre os anos de 2012 a 2017 e contivessem em qualquer índice os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Saúde mental,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Enfermagem e Inovação – encontrados sete artigos. Enfermagem, Saúde mental e Nova - encontrados 41 artigos. Enfermagem, Saúde Mental e Desinstitucionalização – 37 artigos. Destaca-se a palavra Nova pois esta não se trata de um descritor e sim de uma palavra-chave. Os critérios de exclusão foram de artigos duplicados (30); que estivessem inseridos no cenário hospitalar (dez), teses (12) e artigos que falavam sobre a realidade de outros países (quatro). Foram localizados 85 artigos sendo excluídos 56 e analisados 29 artigos. RESULTADOS: Responderam ao critério de inclusão e exclusão 29 artigos. É válido destacar que a base de dados Scielo quando acessada através do endereço <www.scielo.br> apresentou artigos em quantidade inferior quando acessada através do endereço <http://search.scielo.org/>. Foram utilizados os artigos encontrados através do último. Este trabalho voltou o seu olhar para a categoria profissional de Enfermagem, no entanto, grande parte dos artigos encontrados têm como direção o trabalho multiprofissional. O trabalho multiprofissional apareceu em 62% das publicações (N=18) enquanto artigos que mostram o cuidado exercido exclusivamente pela equipe de enfermagem correspondem a 31% (N=9) e apenas dois artigos (7%) não se referem a nenhuma categoria profissional. A interdisciplinaridade exercida pela equipe multiprofissional é uma proposta de superação do modelo manicomial podendo levar a processos criativos e mudanças efetivas nos serviços. Uma grande quantidade das referências encontradas se refere à equipe multiprofissional, mostrando que essa estratégia é amplamente adotada pelos serviços substitutivos. O processo de trabalho além de multiprofissional acontece também de forma intersetorial, envolvendo diferentes serviços. A portaria ministerial 3088/2011 é quem institui a rede de atenção psicossocial (RAPS) no SUS e estabelece as diretrizes, os objetivos e os componentes da rede. Condizente com as inovações no cuidado a portaria tem como uma de suas diretrizes a “diversificação das estratégias de cuidado” que podem acontecer nos diversos serviços que compõe a RAPS, como os Centros de apoio psicossocial (CAPS); Residências Terapêuticas (RTs), Equipes de consultório na rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento; Leitos psiquiátricos em hospitais geral e outros. A inovação no campo da saúde mental pode ser considerada como um processo capaz de potencializar o surgimento de modos novos de interação, saberes e práticas e a superação do modelo anterior, manicomial. Pensando-se inovação sob esta ótica é possível localizar algumas práticas inovadoras nos artigos encontrados. Como o cuidado no território, práticas que indicam a inclusão do usuário na sociedade e na vida familiar, que favoreçam a autonomia



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

do sujeito, que trabalhem em rede intersetorial, a inclusão da família no cuidado do usuário, práticas que incluíssem terapias alternativas, práticas que incorporassem a economia solidária, estimulando o empreendedorismo dos usuários e a autonomia do sujeito e para além das práticas com o usuário e sua família também foram encontradas práticas de educação comunitária sobre saúde mental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após a análise dos artigos é possível concluir que processos inovadores de atenção a pessoa em sofrimento mental são elaborados diariamente nas práticas de cuidado fora do cenário hospitalar. Entendendo a inovação em saúde mental como a superação do modelo anterior é possível comparar ao modelo hospitalocêntrico, asilar, voltado para o modelo biomédico de cuidado e a atenção psicossocial, com o cuidado no território, uma perspectiva mais ampla do processo saúde-doença, onde esta última potencializa as práticas inovadoras. Essas práticas inovadoras não são somente por estar em um lugar ideológico diferente, mas por ser uma prática diferente, de reconstrução do modelo assistencial, inserida no processo, em curso, de reforma psiquiátrica, o que favorece a constante reflexão sobre a própria prática profissional. A maioria dos cuidados considerados como inovadores neste trabalho deveriam fazer parte do cotidiano das RAPS. Trabalhar na lógica de território, por exemplo, é um dos princípios organizativos do SUS, no entanto, entra aqui como uma inovação pois nos serviços hospitalocêntricos não acontecia. A inclusão do usuário na sociedade é um dos objetivos principais da atenção psicossocial, mas é abordado aqui como uma inovação pois é uma lógica diferente do modelo anterior, de exclusão, de encarceramento.

Palavras-chave: Inovação; Saúde Mental; Desinstitucionalização



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosilande dos Santos Silva, Carine de Jesus Soares, Gabriela Freitas Cardoso, Viviana Batista Viana, Rosineia Novais Oliveira, Diego Micael Barreto Andrade, Rosilene das Neves Pereira

**APRESENTAÇÃO:** Com o advento da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, possibilitou à saúde pública do Brasil melhor qualificação. Essa política contribuiu para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionando melhorias entre o cuidado e a gestão nos serviços de saúde, potencializando trocas solidárias entre a tríade trabalhadores/usuários/gestores. No que se refere à atenção à pessoa com sofrimento psíquico, o cuidado deve estar pautado nos princípios norteadores da PNH, como por exemplo, a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, valores que precisam ser fortalecidos pela rede intersetorial de saúde. O cuidado e as ações de saúde mental precisam estar presentes em todos os campos da saúde, para tanto as redes de Atenção à Saúde devem atuar de modo cooperativo proporcionando a corresponsabilidade, através da atenção contínua, integral, de qualidade, e humanizada. Vê-se, portanto, a necessidade da enfermagem refletir sobre a arte do cuidado humanizado como disciplina e profissão. Neste sentido, o cuidado humanizado torna-se resultado de um processo que se conjugam, de forma bastante estreita como sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos no intuito de atender os indivíduos em sua integralidade. Assim, objetivou-se relatar a experiência de acadêmicos do curso de enfermagem sobre a humanização em saúde mental no contexto da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Portanto, o estudo torna-se relevante na medida em que se discutem as condições clínicas, socioeconômicas, culturais e afetivas no contexto familiar de uma pessoa com sofrimento psíquico, com base nos princípios e diretrizes da PNH. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas do curso de Enfermagem e uma mestranda, a partir da vivência durante atividade prática da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, no primeiro período letivo do ano de 2016. O estudo decorreu de três visitas domiciliares à família, por meio das quais foi realizada a aplicação da SAE. A participante escolhida foi uma portadora de esquizofrenia usuária do Centro de Atenção





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Psicossocial do tipo II (CAPSII) de um município no interior baiano. Foi feito contato prévio pela mestranda que agendou a primeira visita domiciliar para apresentação das discentes, da atividade e consulta a cliente a respeito da sua participação na atividade referida. Foram dadas orientações verbais de que se tratava de uma atividade prática da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental e ela foi consultada sobre a decisão de participar ou não. A partir da concordância da cliente procedeu-se o encontro com a coleta de dados através do Histórico de Enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta, composto por questionamentos referentes a história de vida, familiar, socioeconômica, alimentação, uso de medicamento e exame físico. Esse momento pode-se estabelecer vínculo com a paciente e familiar através do diálogo e acolhimento. Posteriormente, realizou-se o levantamento dos Diagnóstico de Enfermagem com base nos dados coletados, segundo o North American Nursing Diagnosis Association. A partir desta acurácia da situação de saúde, discutiram-se os instrumentos elaborados e traçamos os possíveis planos de cuidados necessários. Durante a segunda e terceira visita domiciliar realizou-se a implementação dos cuidados de enfermagem e avaliação. A última etapa correspondeu a socialização de cada caso clínico em sala, com a participação de usuárias(os) do CAPS II concomitante com a avaliação dos resultados das visitas. RESULTADOS: Histórico de enfermagem: M.N.J., 42 anos, parda, católica, aposentada, ensino fundamental I incompleto, veio de uma prole de oito irmãos, órfã de mãe, e sem interação familiar com os demais membros da família. Relatou ter trabalhado de empregada doméstica, durante esse período envolveu com o filho de sua patroa, desse relacionamento teve sua primeira gravidez, tendo sua filha usurpada por sua patroa. M.N.J nunca teve contato com essa filha e isso causa um profundo sofrimento, assim como o afastamento dos seus irmãos. Reside atualmente com seus dois filhos na casa de uma tia. A renda familiar é proveniente da sua aposentadoria e do trabalho dos filhos. Devido à ausência dos filhos durante o período de trabalho, M.N.J permanece maior parte do dia deitada, passando da hora de alimentar-se porque fica aguardando o retorno dos filhos. Apresenta condições físicas satisfatórias, realiza higiene pessoal sozinha, veste-se adequadamente. Hipoativa, permanece por muito tempo na mesma posição, voz baixa e lenta, limita-se a responder solicitações verbais. Relatou padrão de sono alterado, eliminações intestinais diminuídas, eliminações vesicais com características normais (SIC), não realiza atividade física nem lazer, prefere ficar em casa, assistir novelas. Diagnosticada há mais ou menos 10 anos, foi internada na psiquiatria por



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

três vezes. Usuária do CAPSII, onde tem acesso aos medicamentos, no entanto, encontra-se afastada e resistente à possibilidade de retorno ao tratamento integral. Diagnóstico de enfermagem: Dentre os diagnósticos foram identificados aspectos relacionados a convivência familiar e social, assim como aspectos pessoais de solidão e desânimo; Tristeza relacionada à falta de contato com familiares, Síndrome pós-trauma relacionada à perda da sua filha, caracterizada pela tomada de sua filha logo ao nascer, Interação social prejudicada, relacionada à ausência de pessoas significativas, Processos familiares interrompidos, relacionados à distância e falta de interação familiar, Isolamento Social, relacionado às alterações no estado mental que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais, Bloqueio de pensamentos, relacionados com a falta de entendimento e exposição dos pensamentos (prejuízo na cognição), Constipação, relacionado a eliminações intestinais diminuídas, Baixa Estima, relacionado ao desânimo e falta de vontade de se arrumar. Intervenções de enfermagem: Foi desenvolvido intervenções que possibilitaram aceitação, compreensão, escuta e ações de elevação da estima da mesma, contribuindo para a melhoria da saúde. Dentre essas atividades podemos citar: oficina de arte com pintura em tela, café da manhã balanceado possibilitando melhora na digestão, sono e proporcionando a interação familiar; passeio em sorveteria, cujo a finalidade permitir interação social, encontro entre pessoas; sessão de beleza, atividades lúdicas, presente de higiene pessoal. Durante as visitas foi observado que a implementação dessas ações resultou em impacto positivo no processo saúde/doença, pois percebeu maior interação social e sensibilizou ao autocuidado. Neste ínterim, percebemos que o cuidado é um instrumento essencial na humanização da assistência e deve ser realizado continuamente por todas as esferas sociais, por isso atividades como essas deve acontecer. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Acredita-se que a humanização na assistência da pessoa com sofrimento psíquico é um elemento imprescindível na reestruturação das práticas de saúde. Para tanto, necessita de implementação das políticas públicas no campo da saúde mental. Humanizar a saúde mental requer o envolvimento das diversas instâncias sociais no intuito de fomentar as discussões sobre as políticas públicas que priorizem a necessidade do atendimento acolhedor e humanizado ao cidadão, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para a desconstrução de paradigmas e incluir cada vez mais práticas em consonância com a PNH. Ademais, a vivência contribuiu para a formação profissional das graduandas de enfermagem, uma vez que possibilitou a compreensão do cuidado voltado para as necessidades

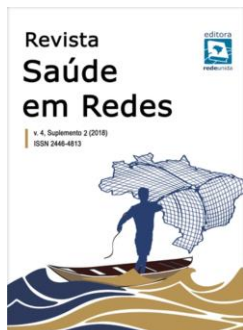


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

biopsicossociais, favorecendo a construção de novos caminhos para uma melhor abordagem terapêutica, revelando uma assistência pautada nas teorias humanísticas de enfermagem, sendo evidenciado a relevância da SAE na assistência do indivíduo por meio da humanização e da integralização do cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidados de enfermagem; Humanização na Assistência.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTUDANTES EM FORMAÇÃO NO TERRITÓRIO DE UMA USF NO NORDESTE BRASILEIRO.

Michelly Santos de Andrade, Rebbeca Gomes Ferraz, Maria das Graças Maciel Ferreira, João Rodolfo Moura de Araújo

### Apresentação

Esse resumo objetiva trazer alguns aspectos relacionados aos desafios da interdisciplinaridade vivenciados em uma unidade de saúde da família (USF), modalidade integrada, ou seja, uma unidade composta por quatro equipes de saúde da família, que compartilham espaços físicos comuns, como sala de imunização, sala de observação, sala de citológico, farmácia e laboratório para coleta de exames de sangue, dentre outros, à exceção dos consultórios de enfermagem e medicina. A interdisciplinaridade nos diversos pontos da rede de atenção à saúde possui até então inúmeros desafios para sua implementação, a começar pelos sentidos que o termo oferece. Defenderemos nesse trabalho, àquele descrito por Francischett em [200?], como “um processo de constante aprendizado [...]”. Na atenção básica, essa questão parece ser ainda mais palpável, pois a organização do trabalho nas equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) é pautado em um atendimento integral que requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, com troca de saberes e responsabilidades mútuas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário.

### Desenvolvimento do trabalho

Diariamente, de segunda-feira à sexta-feira, as portas da unidade se abrem. Abrem-se aos costumeiros e novos usuários, aos seus antigos e novos trabalhadores, aos potenciais parceiros do cuidar. Nessa levada de maré, os corpos desejantes vão produzindo encontros, ora produzindo (mais) vida, ora nem tanto. É nesse cenário que os desafios da interdisciplinaridade no cotidiano do trabalho surgem, alavancados pelas disputas por projetos de saúde e cuidado. As práticas de saúde sofrem os efeitos desses (des)encontros. Uns deles, relatados por profissionais de nível superior de uma USF ao serem questionados



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sobre: “quais os desafios da interdisciplinaridade no cotidiano da atenção básica, considerando a presença dos estudantes de graduação?”

### Resultados e/ou impactos

No que tange ao cuidado integral em saúde, caminhos para sua efetivação foram descritos. O caso da interdisciplinaridade nas diretrizes curriculares dos cursos da saúde e na mudança de poucos processos de trabalho, principalmente, na estratégia de saúde da família, é um deles. Outros como o quadrilátero da formação ainda sofre resistência por parte de alguns gestores, trabalhadores e dos usuários que ainda não compreenderam que a integração gestão-ensino-serviço-comunidade pode ser benéfica aos atores envolvidos. Não se pode negar que esse último conceito gerou modificações, a exemplo da celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, garantindo assim o acesso a todos os estabelecimentos de saúde, reconhecendo-os como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS sob a responsabilidade do gestor da área de saúde, atribuindo-lhes as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. Todavia, essa “integração” é motivo de descontentamentos por parte de muitos trabalhadores que não conseguem compreender como as unidades básicas de saúde são espaços potenciais de educação e ensino em serviço. Isso porque é comum chegar às USF, grupos de estudantes e residentes, com seus respectivos representantes, sem que haja quaisquer apresentações dos planos de trabalho anteriores à pactuação, geralmente realizada entre a secretaria (via gerência de educação e saúde) e as instituições. A sensação dos trabalhadores é de que os cursos caem como paraquedas, sem ninguém saber, sem ninguém dizer o que acha disso, daquele curso estar lá ou não, se é bom, se é ruim para a comunidade ou para a equipe. Há confusão quanto ao (re)conhecimento do papel dos estudantes e residentes nos cenários de prática. Talvez, um pouco diluída no caso desses últimos, pois como se configuram como médicos da equipe, a integração, e conseqüentemente, a interdisciplinaridade, em geral, ocorre inevitavelmente. Diferente dos estudantes de graduação, cuja permanência no serviço acontece em menor espaço de tempo, dificultando a integração. O desafio da interdisciplinaridade entre trabalhadores da AB e profissionais em formação no território perpassa também pela alteridade, ou seja, construção da identidade do sujeito. Pois, é nesse ponto que o nó pode aparecer, no “eu” do profissional de saúde, em um comportamento inadequado em relação a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

outrem. Para os trabalhadores que se envolvem mais no processo, a única coisa a fazer é conversar a respeito com essas pessoas, e tentar a transformação paulatinamente. A grande questão é que muitas vezes se produzem projetos de intervenção, PTS que não se convertem em benefício para a comunidade. E muitas vezes por isso, a comunidade não se envolve. Isso é fruto da pouca discussão, da implantação da estada desses cursos nas unidades, reforçando assim, a ideia de muitos usuários e mesmo de alguns profissionais de que só o médico pode resolver a demanda apresentada. Reduzindo a visão do cuidado em relação à saúde do indivíduo, família e meio onde vive. Uma alternativa seria a participação de outros profissionais na escuta inicial. Essas opiniões podem mudar com a aproximação qualificada dos representantes das instituições. Indo aos serviços de interesse, apresentando o curso, a proposta da atividade (prática e/ou estágio), conhecer o que já vem sendo desenvolvido na unidade, as demandas (ao menos, as principais) da comunidade/equipe, readequar as atividades (aulas práticas e/o estágios) entre o serviço e a comunidade, e se possível, integrar com as atividades de outros cursos existentes no local. Preferencialmente, antes da pactuação. Mas também, que houvesse ao trabalhador: 1. conhecimento sobre as políticas de educação e saúde do seu município que regulamentam a aprendizagem pelo trabalho no âmbito da rede municipal de saúde e estabelecem relações de cooperação pedagógica, incluindo atividades de parceria na área de ensino, atenção e pesquisa em saúde, 2. liberação dos interessados pela integração gestão-ensino-serviço-comunidade para participarem dos colegiados que deliberam sobre a educação e saúde no município, 3. acesso às estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, 4. espaço nas reuniões de equipe para debaterem como a formação em saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros) pode beneficiar a todos, principalmente, a população, pela qualificação dos profissionais de saúde. Enfim, valorização da Educação Permanente no cotidiano do trabalho.

### Considerações finais

O desafio da interdisciplinaridade entre trabalhadores da atenção básica e estudantes em formação no território está posto, mediante as estratégias indutoras articuladas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. As perspectivas são múltiplas, diante das disputas no campo da saúde. A nossa realidade tem mostrado que apesar da captura do



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

trabalho vivo, novos arranjos são possíveis. Dialogar. Repetir, repetir até fazer diferente tem sido práticas que temos desenvolvido ao reconhecermos em nós e no outro, potência para agir. Fazendo alusão à canção “Encontro das águas”, a interdisciplinaridade “é como o caminho das águas, vem assim afluyente sem fim, rio que não deságua.” O encontro das águas é um fenômeno natural facilmente visto em muitos rios da região amazônica. Nossa aposta é que a interdisciplinaridade assim seja na atenção básica e nos demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde, através dos encontros no cotidiano do trabalho, onde os afetos circulam, potencializando um processo colaborativo das práticas de saúde e, conseqüentemente, por uma rede de cuidados integral e resolutiva

Palavras-chave: Interdisciplinaridade;atenção básica; formação em saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS, FORMAÇÃO MÉDICA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Juliana Aguiar Santana Benevides, Aluísio Gomes Silva Junior

**Apresentação:** O presente trabalho configura-se como resultado parcial da Dissertação de Mestrado “Integralidade nos Cuidados ao Fim da Vida: uma análise junto a idosos com câncer avançado”, que teve como objetivo analisar a produção dos cuidados ao fim da vida direcionados aos idosos com câncer avançado em um município do Rio de Janeiro a partir da perspectiva da integralidade. **Desenvolvimento:** Realizou-se entrevistas semiestruturadas com 14 idosos em fase avançada da doença oncológica, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Anuência da instituição e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFF sob o Parecer 2.064.465. O roteiro das entrevistas foi construído e adaptado com base nas dimensões dos conceitos de acolhimento e vínculo/responsabilização proposto por SILVA JUNIOR & MASCARENHAS (2013) e que traduzem a integralidade nos termos aqui adotados. **Resultados:** Durante as entrevistas, um aspecto que adquiriu relevância foi a destituição da autonomia dos usuários em seu processo saúde-doença-morte. Constatou-se que uma parte considerável dos idosos não têm consciência de que estão em estágio avançado da doença. Estes acreditam que os sintomas emergentes estão relacionados a outros problemas de saúde. Além disso, os idosos afirmam que há espaços para falas e dúvidas durante os atendimentos, mas é possível perceber nas entrelinhas que muitos têm questionamentos acerca de sua situação de saúde. Quando interrogados acerca da relação com seus médicos, se há confiança nas informações recebidas e no tratamento adotado, a maioria assegura que confia nos profissionais. Porém, essa confiança está mais relacionada ao fato de acreditarem que o médico ocupa uma posição hierárquica superior a eles - e que, por isso, sabe o melhor - do que resultado de um vínculo de confiança construído através do diálogo aberto e democrático. Cabe destacar que a importância do processo comunicativo que se estabelece no espaço relacional profissional-usuário e a defesa do desenvolvimento dessas habilidades comunicativas durante o processo formativo do ensino em saúde é um aspecto das práticas cuidadoras muito enfatizado por aqueles que tem a integralidade como uma bandeira de lutas para uma atenção à saúde usuário-centrada, em alteridade e mediada pelas tecnologias leves (PONTES et al, 2011,





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SILVA JUNIOR et al, 2011, SILVA JUNIOR et al, 2013, CECCIM; CARVALHO, 2011, ARAÚJO; CARDOSO, 2013; MERHY, 1998, entre outros). Para esses autores, a interação entre os sujeitos deve se dar por meio de novas concepções e práticas comunicativas que: valorizem a participação do usuário (promovendo a desconcentração do poder e a democratização desse espaço-relacional), aproximem e valorizem seus saberes (em uma atitude de respeito às suas opiniões) e abram espaços de negociação e construção de projetos terapêuticos compartilhados. Logo, apreende-se que a comunicação exige técnica e sensibilidade. A observação dos aspectos legais é outro ponto a ser discutido nesse sentido. Destaca-se nesse cenário o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011, p. 8) e o Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003). Embora receber informações acerca de seu estado de saúde seja um direito do usuário assegurado por diversas legislações, existem várias questões do ponto de vista bioético que se colocam em discussão no cotidiano dos serviços de saúde no que diz respeito a comunicação de más notícias. “Entende-se por má notícia qualquer informação que possa alterar de forma adversa a expectativa para o futuro, também podendo ser definida como sendo má na medida em que possa levar a uma piora emocional, cognitiva ou comportamental daquele que a recebe, persistindo esse efeito por certo tempo”. (COSTA; COSTA, 2012, p. 41). O estudo realizado por Diniz e colaboradores (2006) concluiu-se que estar ciente do diagnóstico e ter recebido tratamento oncológico são condições que se correlacionam inversamente à presença de depressão em pacientes sob cuidados paliativos. Estudos anteriores, como àqueles realizados por Kluber-Ross (2008) já destacavam que o sujeito em fase terminal tem necessidades muito especiais que precisam ser atendidas e entre elas estaria o conhecimento do diagnóstico e uma relação transparente, respeitosa e mais próxima com o seu médico e os outros profissionais de saúde responsáveis pelo seu cuidado. Há consenso em diversos estudos acerca da necessidade de desenvolvimento e aprimoramento das habilidades para comunicação de más notícias e de alguns aspectos que podem garantir a qualidade desta comunicação (SILVA, 2014; COSTA; COSTA, 2012; KAMASAKI et al, 2016; RIBA; JUVER, 2014). Entre eles estão: conhecer o paciente (o que ele quer saber/se quer saber), construir uma relação de confiança entre profissionais e pacientes, escuta empática com preparação do cenário e tempo disponível, utilização de linguagem adaptada, utilização de técnicas vocais e não vocais, minimização de dúvidas através do estabelecimento de um diálogo aberto, entre outros. Além disso, já existem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

algumas orientações/estratégias bem estabelecidas como os “Sete Passos para a Comunicação” (Von Gunten et al, JAMA, 2000), as recomendações de Barclay e colaboradores (2007) e um protocolo considerado padrão para treinamento em más notícias, o Protocolo SPIKES (BAILE et al, 2000; INCA, 2010). Cabe destacar que nesse estudo pôde-se constatar que alguns idosos demonstravam um desinteresse em conhecer informações acerca do seu quadro clínico. Essa desinformação é um direito do paciente (KOVÁCS, 2014; ROSELLÓ, 2009) e o desenvolvimento das habilidades supramencionadas também possibilita ao profissional assimilar alguns sinais indicativos de que o sujeito não quer obter informações adicionais sobre a evolução de sua doença. Emerge nesse cenário a importância das reflexões acerca da formação médica e o ensino dos Cuidados ao Fim da Vida (CFV). Um importante estudo publicado em 2012 (TOLEDO; PRIOLLI, 2012) e que teve como objetivo “descrever atitudes e práticas do ensino dos cuidados no fim da vida conforme relatado pelos coordenadores de curso nas escolas de Medicina no Brasil”, constatou inúmeras limitações. Apontou-se que a maioria dos coordenadores entrevistados considerava importante o ensino dos CFV. Entretanto, apontavam que o tempo para investimento nesse ensino durante a graduação era insuficiente, havendo pouco espaço para inclusão dessa discussão nos currículos ou inexistência da discussão durante a graduação. Logo, evidenciou-se que esse tipo de ensino não é priorizado na formação em medicina no Brasil. Outro estudo publicado recentemente (POLLETO, BETTINELLI, SANTIN, 2016) e que teve como objetivo conhecer as vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e a dignidade humana em ambiente hospitalar, concluiu que é imperativo incluir a discussão e o estudo sobre o enfrentamento da morte na formação médica uma vez que isso poderia reduzir os dilemas éticos enfrentados no cotidiano de trabalho dos futuros profissionais de medicina.

Considerações finais: A falta de informações e a comunicação inadequada resultam no desconhecimento acerca do quadro clínico. Diante disso, não é possível ao idoso optar, decidir acerca das questões relacionadas à sua própria vida e, por que não dizer, da sua própria morte que se aproxima. A tomada de decisões deixa de ser compartilhada, o projeto terapêutico não se fundamenta no diálogo das partes envolvidas. O principal sujeito, o idoso que caminha para a morte, está excluído do processo. Assim, há um decréscimo no grau de autonomia desses idosos na medida em que não há informações suficientemente claras e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

relações de confiança e apoio irrestrito. Se há decréscimo no grau de autonomia, há também lacunas no que tange à integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Comunicação de má notícias; Formação médica; Integralidade; Idosos; Câncer



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DE BORBA COM AQUISIÇÃO DA PRIMEIRA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL IGARAÇU NO PERÍODO DE 2011 A 2015– RELATO DE UMA ENFERMEIRA

Valdelanda Paula Alves

Apresentação: do que trata o trabalho e o objetivo

Borba é um município do Amazonas, região norte do país, localiza-se a sul de Manaus, capital de estado, distando destes cerca de 208 quilômetros. O trabalho trata-se de um relato de uma enfermeira em relação aos atendimentos as populações ribeirinhas nas calhas dos rios dos rios Madeira e Altaz Açú no município de Borba, cobrindo uma área muito extensa em termo de território, a uma população de 3.500 pessoas. Sempre foi um dos grandes desafios tanto para os gestores quanto para os trabalhadores, principalmente pelas peculiaridades geográficas da região amazônica. Os atendimentos são realizados a população ribeirinha pela UBSF Igaraçu que aconteciam de maneira improvisada nas escolas e centros sociais de 2006 nos períodos das campanhas de vacinação, a partir de 2011 os atendimentos passaram a ser realizados a cada quarenta dias como preconiza o MS. O que mudou radicalmente com a disponibilidade da UBSF Igaraçu, com uma estrutura adequada e totalmente equipada na porta dos ribeirinhos.

Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo

Os atendimentos eram realizados de maneira improvisados em escolas e centros sociais, sem privacidade nas consultas, o alojamento e o transporte dos profissionais eram realizados em barco alugado pela prefeitura com infraestrutura imprópria. Passávamos em média de 13 a 20 dias em área a depender das cheias e vazantes dos rios. Havia atendimentos em todos os programas assistenciais voltadas para estratégia saúde da família, mas ainda permanecíamos com baixa adesão devido à falta de privacidades nas consultas, principalmente quando os atendimentos eram realizados nos centros sociais. Em 2013 com aquisição da UBSF Igaraçu com uma estrutura de 18 ambientes, dentre eles três consultórios totalmente equipado, o que facilitou a adesão aos programas de saúde e melhorou os indicadores na área.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

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

Os atendimentos eram denominados de mutirões antes de 2011, o que caracteriza uma assistência fragmentada, sem continuidades. Então buscamos implantar prontuários nas 40 comunidades, separados por número de família e por programas. E para tal atividade os agentes comunitários de saúde tiveram um papel fundamental, pois os mesmos residem nas comunidades. Previamente foram capacitados pelos membros da equipe (médico, enfermeiro e dentista). O segundo passo foi cadastrar toda a população e tirarmos o cartão SUS. Em seguida iniciamos o trabalho de monitoramento através de instrumentos de gestão já utilizados na área urbana do município. Havia baixa adesão em todos os programas e um número expressivo de adolescentes grávidas. Então a cada viagem para os atendimentos, a equipe se reunia após o atendimento do dia para discutirmos as necessidades de cada comunidade. E mais uma vez sentimos a necessidade de capacitar os ACS, e isso virou rotina, mensalmente os agentes ao ir entregar da produção na área urbana de Borba, também passava por treinamentos voltados para dentro dos programas mais fragilizados, dentro eles, podemos destacar: Pré-natal e Puericultura, além da baixíssima adesão do exame citopatológico do colo do útero. Havia também uma demanda alta para o dentista voltado para extração. Em 2013 foi inaugurado no município a Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarçu o que fomentou o sucesso de todo um trabalho que já vinha sendo galgado, pois a privacidade nas consultas com espaço adequado para os atendimentos, realização de exames na própria Unidade favoreceu agilidade nos processos de trabalhos. E através de todo um trabalho de uma equipe conquistamos muitos avanços, e podemos relatar o aumento substancial das consultas pré-natais com média de sete consultas nas 40 comunidades e pelo menos uma amostra de todos exames realizados; ainda no âmbito da saúde da mulher, chegamos realizar 100 exames citopatológico do colo do útero por viagem, acompanhar e encaminhar mulheres com alterações ao centro especializado do Estado, podemos também destacar uma melhor adesão as consultas de puericulturas e manutenção do quadro vacinal atualizado, sendo acompanhado pelo censo. A valorização do trabalho e do trabalhador foi outro ponto positivo com a aquisição desta Unidade Fluvial, temos alojamentos climatizados, banheiros para funcionários, área de lazer, ambientes adequados para realizamos às atividades laborais.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Considerações finais:

Houve consideravelmente o aumento pelos atendimentos médicos, de enfermagem e odontologia e vacinação; o aumento no número de consultas pré-natais, cuja média era de 3 consultas, redução de gravidez na adolescência e aumento pela procura para cadastro no planejamento familiar. Contudo, a equipe foi uma grande promotora nos avanços alcançados quanto aos indicadores de saúde, pois se propuseram a uma doação e planejamento das ações frente às fragilidades do sistema de saúde que a população ribeirinha está sujeita, devido está restrita a áreas às vezes inóspita, onde a equipe de saúde precisa olhá-los com um dos princípios dos Sus de maior relevância dentro deste contexto que é a equidades.

Palavras-chave: População ribeirinha; assistência em saúde; Unidade Básica de Saúde Fluvial



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADO A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS NA HEMODIÁLISE

Keila Cristina Félis, Iel Marciano de Moraes Filho, Eliane Arantes de Freitas, Edilaine Arantes de Freitas, Maria de Fátima dos Santos, Osmar Pereira dos Santos, Rodrigo Marques da Silva, Thaynnara Nascimento dos Santos

Introdução: As doenças crônico-degenerativas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), proporciona uma etiologia duvidosa, apresentando vários fatores de risco, vastos períodos de latência, caminho temporizado, preponderância não infecciosa, estando conexas às deficiências e inabilidades funcionais. O seu caminho clínico é modificado ao longo do tempo, com prováveis períodos de agudização, podendo provocar inabilidades ao indivíduo. A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é considerada um problema de saúde pública, carecido ao elevado índice de sua prevalência entre a população e ao seu impacto na morbimortalidade dos indivíduos vítimas de tal patologia. A IRC é caracterizada pela a perda progressiva da função renal e se não tratada pode levar o indivíduo ao óbito. Deste modo, prologar a vida, é possível através da busca de tratamentos permanentes por parte de cada indivíduo. Isto é o que ocorre com o paciente portador das IRC, que através da hemodiálise e do transplante renal, passando a ter uma melhor qualidade de vida. O diagnóstico de uma doença é algo incerto e de aceitação complexa para os indivíduos de um modo geral, ocasionando aos seus portadores diversas reações como medo, fuga, rejeição, pena, entre outras. Hoje em dia a doença crônica tem-se manifestado com maior assiduidade pelo fato de existir vários atores, entre eles, os avanços nos processos diagnósticos e terapêuticos que admitem uma maior sobrevivência. Atualmente, existe uma crescente preocupação com a condição da assistência do enfermeiro, em cuidados individuais e integral a estes pacientes, compreendendo atuações interpessoais na prática do cuidado que vai além do simplesmente tecnicista, tem se contornado o alvo de pesquisas abrangendo o enfermeiro. O enfermeiro é um profissional que tem bastante contato com o paciente, portanto este paciente julga as organizações pela qualidade do trabalho da enfermagem. O paciente submetido ao tratamento através da hemodiálise necessita de um cuidado humanizado e a implementação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), objetiva ajudar no plano de cuidados prestado aos pacientes submetidos a hemodiálise. É importante que os indivíduos



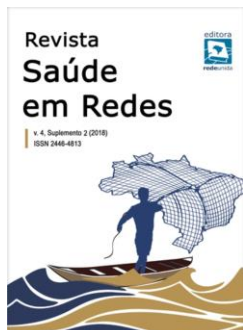
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com IRC submetidos a hemodiálise, tenham uma assistência adequada e de qualidade por parte do enfermeiro, contribuindo assim na diminuição da alta taxa de morbidade e mortalidade analisada nesta população. Objetivo: Compreender a importância da assistência de enfermagem, voltada a qualidade de vida do paciente renal crônico. Materiais e Método: estudo do tipo exploratório, bibliográfico com análise integrativa, qualitativa da literatura disponível em bibliotecas convencionais e virtuais. Resultados: identificou-se que o enfermeiro tem papel fundamental em ajudar o paciente a ter uma expectativa de melhorar a qualidade de vida, orientando o paciente a viver com seus limites e acompanhando a evolução do tratamento. Considerações finais: A qualidade de vida dos pacientes com doença crônica renal é de grande importância, especialmente no que diz respeito ao impacto da doença em suas vidas, cabe ao enfermeiro, estimular a autonomia dos pacientes renais crônico por meio de estratégias que promovem o autocuidado, constituindo uma relação de confiança com a equipe através de um vínculo terapêutico.

Palavras-chave: Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica; Qualidade de Vida.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA A PARTIR DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU COMO SERVIÇO-SENTINELA EM REDE VIVA

Emmanuela Amorim

### Introdução

O estudo está relacionado à pesquisa nacional: Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa, que objetivou compreender a produção do cuidado nas diferentes redes de atenção à saúde em diversos municípios do país. Em Recife/PE, a pesquisa se voltou para a Rede de Saúde Mental e sua relação com a Atenção Básica e Rede de Urgência e Emergência-RUE.

Na RAC Recife, partiu-se da compreensão do SAMU como um serviço-sentinela, conceito originalmente relacionado ao conceito de evento-sentinela da epidemiologia, e que no caso da RAC RUE Recife da RUE, o SAMU como um serviço de destaque na rede de urgência. Apostou numa antropofagia do conceito “SAMU serviço-sentinela” para avaliar rede partiu da percepção de o mesmo circula em diferentes serviços da Rede RUE no intuito de dar o prosseguimento ao cuidado em urgência de uma vida em risco de morte eminente. A pessoa na situação de “vida por um fio” que dá entrada (ou não) na Rede RUE por meio do SAMU teria um primeiro momento de atendimento em uma linha de cuidado em urgência, mas necessitaria de outros pontos da rede para dar continuidade ao cuidado. Partindo-se desse cenário da RUE e do papel de serviço sentinela que representa o SAMU nessa Rede, foi se desenvolvendo a pesquisa.

O objetivo desse trabalho foi contextualizar a construção desse modo de produção da RAC RUE em Recife, tomando-se como importância as interlocuções da equipe de pesquisadores RAC RUE Recife para a aprovação e execução da pesquisa no município e algumas análises preliminares sobre elementos de potência e dificuldades dessa rede na articulação do cuidado em urgência.

A RUE-Recife a partir do SAMU: (re)desenhando do método no pesquisar

O SAMU foi criado no Brasil em 2003 a partir da Portaria Nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002, sendo um serviço que implementa a Assistência Pré-hospitalar (APH) na rede de



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

urgência e emergência do SUS. A APH é prestada aos indivíduos com quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sofrimento, sequelas ou morte. Para tanto, deve coordenar meios, processos e fluxos que visem garantir a sobrevivência do paciente, interagindo com todos os componentes da rede de assistência local à saúde.

O SAMU Recife/PE foi implantado em 21 de dezembro de 2001, um dos pioneiros no Brasil, sendo o serviço aeromédico o componente implantado em julho de 2011. Em 2016, o SAMU Recife contava com uma frota de 6 Unidades de Suporte Avançado (USA), 18 Unidades de Suporte Básico (USB), 4 Motolâncias e também com 2 helicópteros que fazem parte de convênios firmados com a Polícia Rodoviária Federal (PRF/PE) e o Grupamento Tático Aéreo (GTA/SDS/PE), vinculado à Secretaria de Defesa Social de Pernambuco (SDS/PE).

Composição da equipe: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores, treinados pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU Recife/PE. A USA tem equipe composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 01 condutor; a USB é composta por 01 técnico de enfermagem e um condutor. A aeronave tem equipe composta por 01 médico e 01 enfermeiro, além do piloto e 01 tripulante operacional.

Na equipe de pesquisadores locais contava-se com as narrativas de pesquisadores trabalhadores do SAMU. Apostou-se em outros métodos como o grupo focal e o diário de campo do pesquisador-trabalhador SAMU da RAC RUE Recife, arranjo que aponta uma lógica da atuação do próprio serviço: princípio da não maleficência, de não causar prejuízo à prestação do atendimento.

Foram três caminhos metodológicos: Primeiramente, recorreu-se a fontes documentais e diários de campo. Em seguida, realizou-se 2 grupos focais com trabalhadores SAMU, objetivando trazer diferentes narrativas em grupo sobre o atendimento em urgência em rede, sendo um grupo focal com profissionais do serviço aeromédico e outro com equipe SAMU suporte básico. A partir dos grupos focais, pretendeu-se identificar pessoas que usaram o serviço do SAMU, o que seria o terceiro caminho rumo ao usuário-guia. Contudo, mesmo após a realização dos grupos focais, não se conseguiu identificar usuário que vinhessem a participar da pesquisa.

Os critérios de escolha participantes dos grupos focais foram o tempo de experiência/vivência no serviço e o local de lotação/atuação, com o intuito de enriquecer a discussão e dar complementariedade aos relatos.



SAMU: Quando quem cuida está numa fronteira da linha vida-morte na via pública

O trabalho no SAMU está nas mãos do socorrista atuando direto com a vítima, seguindo o protocolo de atendimento, decidindo de forma imediata sobre qual a melhor condução para o suporte à vida naquele momento urgente. E neste cenário limítrofe, trabalha-se com três prioridades: a avaliação da cena, com garantia de segurança para a equipe e da vítima; a avaliação da vítima e a classificação de prioridade de atendimento, em caso de múltiplas vítimas.

Esse sentimento de enfrentamento do risco entre a vida e morte, mas de heroísmo pelo salvamento de vidas quando são salvas, mas de demônios pelo não salvamento. Assim alguns relatos de incapacidade de se salvar por situações em que não era possível agir, por conta de impedimentos técnicos, os olhares do entorno eram de revolta. Os socorristas, em sua atuação de salvamento em situações extremas, ora são deuses ou demônios.

No que se refere à articulação do SAMU na RUE, foram tratadas as limitações na comunicação entre o SAMU e unidades hospitalares ao qual se encaminham os usuários e as afetações geradas nestes trabalhadores, comprometidos com a viabilidade da condição de vida dos usuários por eles assistidos. Se por um lado, se afirmava o reconhecimento do trabalho do SAMU em que, mesmo em situações extremas, é possível realizar o trabalho de salvamento.

No caso dos trabalhadores de unidades básicas, no grupo focal até se indicou algumas chamadas de pessoas que acionavam o SAMU192 de forma recorrente. Algumas pessoas com doença que não era tão grave, mas em estado de agudização, por falta de retaguarda de serviços de saúde em seus territórios para realizar atendimento a pequenas urgências, acabavam acionando o SAMU para a remoção.

#### Considerações finais

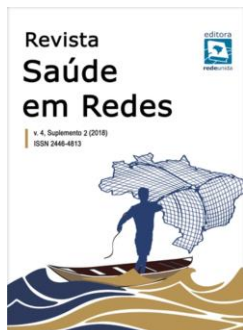
O SAMU se mostra um potente observatório da rede de urgências e emergências. Contudo, analisar o cuidado prestado ao usuário pelo serviço SAMU não é tarefa simples, pela própria situação aguda ao qual o mesmo se encontra, além da natureza do atendimento que pode incluir situações de risco e necessidade de rápida intervenção, o que em determinadas ocorrências não dá condições do usuário avaliar o cuidado a ele prestado.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Rede de Saúde; Rede Urgência Emergência; Serviço de Urgência e Emergência



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O QUE PODE “VIR A SER”? TESSITURAS DE CUIDADO NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (CER IV/SBC).

Valéria Monteiro Mendes, Larissa Ferreira Mendes dos Santos, Paula Bertolucci Alves Pereira, Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Este texto integra a pesquisa Avalia quem pede, quem faz e quem usa e se inscreve nas análises da Rede de Observatórios Microvetoriais de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, por meio da qual temos explorado dois planos analíticos relacionados à produção das Políticas – a genealogia e a análise da Política como dispositivo. No primeiro, consideramos que estas análises permitem o entendimento de que não há linearidade na elaboração dos problemas e dos conceitos para seu enfrentamento, sendo necessário conhecermos as forças, as apostas, os sentidos e os valores a eles relacionados em diferentes momentos, visando à invenção de ações que enfrentem o instituído. Sobre o segundo, temos como pressuposto que os atores relacionados à elaboração de uma Política fabricam micropoliticamente no cotidiano distintas e imprevisíveis movimentações, independentemente do texto da Política (ainda que este fabrique intensos processos de subjetivação). Apostamos na fabricação de outras interrogações e de formas de agir-pensar em oposição ao modo hegemônico de construir o conhecimento, as pesquisas, o trabalho em saúde, especialmente por assumirmos como questão a produção do cuidado na diferença e em ato. Nosso propósito é partilhar as tessituras com as quais nos encontramos ao analisarmos o modo como a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência operou como dispositivo em São Bernardo do Campo quanto à proposta de organização do cuidado à pessoa com deficiência e aos arranjos desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, do que decorreu a construção de um CER IV em rede e não regulado e de arranjos singulares como o “Vir a Ser”. Adotamos como metodologia a cartografia, na qual o método é o encontro. Nossa prática não consiste na definição e representação de um objeto, pois acompanhamos o processo em plena rota, seus efeitos, (re)orientações, desvios, variações. Trata-se de uma investigação que se faz na ocupação/povoamento de um território e que implica no traçado de um (in)certo contorno, visando localizar as linhas que compõem um dispositivo (visibilidade, enunciação, força e subjetivação), bem como suas conexões e agenciamentos



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estabelecidos com o seu “fora”. Assim, acompanhamos as questões que rondaram alguns trabalhadores em específico do CER: Quem é do CER? Quem é do CAPSi? Quem pertence aos dois serviços?. Estas interrogações mobilizaram a invenção de respostas que ultrapassaram os caminhos construídos estritamente pelos diagnósticos no campo da saúde mental, particularmente quanto ao autismo. Deslocamento do instituído que engendrou a criação de um dispositivo instaurado na intersecção de dois dispositivos de cuidado (CER e CAPSi). Disso, a “Estratégia Vir a Ser” (como era denominada) foi fabricada segundo uma demanda interna do CER quanto à necessidade de produzir o cuidado de crianças com risco psíquico encaminhadas ao serviço e que não poderiam ser acolhidas como “usuárias” por não apresentarem deficiências, bem como quanto à demanda de crianças com alguma deficiência e que apresentavam tal risco psíquico. Incitadas por tal desconforto que atravessava os profissionais de distintas equipes, as ações relativas à “Estratégia” foram disparadas por duas fonoaudiólogas da equipe de deficiência auditiva. Paulatinamente constituíram-se composições com profissionais de distintas equipes do CER (fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, psicóloga) e de um CAPS de SBC (psiquiatra e pediatra). Para além da demarcação de um lugar para estas crianças segundo uma CID (que impõe limites e barreiras e que produz segregações), tais profissionais sentiam-se implicados em favorecer a vivência de experiências voltadas à fabricação daquelas existências no serviço e fora dele. Semanalmente, os profissionais da “Estratégia” desenvolviam atividades no CER e em distintos espaços da cidade (públicos e privados, como em um shopping center), de modo que as crianças e suas famílias experimentassem a ocupação da cidade e a produção do cuidado como algo que pertence a todos (e não apenas aos profissionais de saúde) e que não está circunscrito aos muros de um serviço (o cuidado como aquilo que não tem lugar para ocorrer por ser em ato). Do contato com os trabalhadores visibilizamos uma transversalidade da “Estratégia” relacionada às equipes de reabilitação auditiva, reabilitação infantil, deficiência auditiva, estimulação precoce, neuro-infantil, deficiência intelectual, justamente porque as distintas profissionais da “Estratégia” também integravam e vivenciavam as questões sobre o tema cada qual em sua equipe. Isso parece ter favorecido outras possibilidades de ofertas de cuidado e, no limite, contribuído para distintas conversações no CER e para além dele (nas equipes de cada profissional da “Estratégia”, bem como entre os profissionais da “Estratégia” com a gerência do CER, com os trabalhadores de outras instituições e serviços e com as famílias e cuidadores). Tal



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

possibilidade de aposta pelos profissionais do CER deveu-se à fabricação do serviço segundo os pressupostos de produção do cuidado compartilhado entre os pontos da rede e de composição de arranjos interprofissionais que incluía familiares e cuidadores, o que possibilitou a realização de distintas ações dentro e fora do CER orientadas para as necessidades das pessoas. Deveu-se ainda pela composição dos elementos estruturantes do serviço (acolhimento não regulado/porta aberta, atendimento interdisciplinar e o tema da alta – trabalhada processualmente desde a entrada do usuário no serviço). Estes movimentos que possibilitaram a construção do “Vir a Ser” e de outros arranjos de cuidado são constitutivos de um processo de qualificação da rede de atenção (2009 a 2016) ocorrido no âmbito da recomposição da atenção ambulatorial especializada dado o contexto de fragmentação da oferta de reabilitação, de invisibilidade para as necessidades da população com deficiência e de não previsão de implantação de um CER no município. Dos efeitos recolhidos desta ampliação da vida pela “Estratégia”, destacamos a possibilidade de experimentação de um corpo outro, que acontece como força e expressão de sua singularidade, bem como a criação de formas de resistência às hegemônicas práticas normalizadoras de condutas das crianças ditas autistas. Práticas essas que reduzem e circunscrevem esses corpos à marca identitária do espectro do autismo e que, com o dedo em riste, apontam a diferença enquanto não potência. Retomando a questão do título, inspirada no pensamento espinosano, destacamos que o intuito não foi o de respondê-la a partir da experiência do “Vir a Ser”. Interessou-nos partilhar a constatação de que os profissionais produzem invenções (com a sensibilidade e o rigor requeridos) quando têm como questão posicionar as necessidades das pessoas no centro de suas práticas, para além das determinações do texto da Política. Isso reafirma que as movimentações fabricadas pela gestão – como ocorreu quanto ao projeto político do serviço, aumento da governabilidade dos trabalhadores, inclusão dos usuários e seus familiares no projeto de cuidado e produção de interlocuções que ultrapassaram o CER – são decisivas para a fabricação de ações que considerem as múltiplas questões e possibilidades relacionadas ao modo de conduzir a vida pelas pessoas. Estes aspectos chamam atenção para o fato de que os movimentos produzidos em SBC (2009-2016) privilegiaram o envolvimento de distintos âmbitos da atenção (básica, especializada, hospitalar) e de outras instituições e secretarias (como a de esporte e lazer – “Projeto de bem com a vida”), apesar de alguns desafios e tensionamentos que permaneceram, sobretudo, considerando o avassalador retrocesso produzido no primeiro



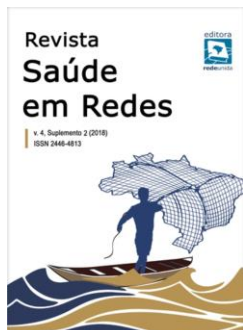
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ano da gestão municipal vigente (desmonte de projetos, demissões em massa, redução da governabilidade dos trabalhadores), deliberadamente ancorado nos pressupostos próprios da governamentalidade biopolítica que nos atravessa.

Palavras-chave: cartografia; análise-de-política-como-dispositivo; autismo





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CORPO EM MOVIMENTO. A EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM UTILIZANDO O VÍDEO GAME COMO ATIVIDADE TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Rennan Coelho Bastos, Juliana Santos de Albuquerque, Paula Monick Silva de Castro, Letícia Karla Ferreira Góes, Marlon Lourenço Lobato, Tiago dos Santos Albernaz, Thais Amanda Nunes da Cunha, Karina Faine da Silva Freitas

Apresentação: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), caracterizando-se com serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, porém, todas são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. As pessoas que são alvo de cuidados relacionados a reabilitação psicossocial apresentam um conjunto de necessidades, principalmente ao nível da comunicação, expressão corporal, das atividades de vida diária e socialização, da autonomia do sujeito frente a sua saúde, em que atividades terapêuticas de grupo relacionadas à arte e ao trabalho corporal se revelaram benéficas, constituindo também como uma forma de participação e incentivo à cidadania. A tecnologia e o ambiente virtual têm percorrido um longo caminho nos últimos anos, e os avanços na tecnologia tem tornado possível a criação de uma nova geração de ambientes imersivos. A realidade virtual vem desenvolvendo-se cada vez mais na área da saúde, pois proporciona uma avançada interface homem-máquina, que simula um ambiente real além de proporcionar uma experiência de imersão e interação. Atualmente, os vídeo games que utilizam interação física entre usuário e mundo virtual são chamados de “Exergames”, jogos que ao mesmo tempo são uma forma de exercício. Podemos definir várias classificações para os jogos, levando em consideração aspectos para diferenciar os grupos, como os objetivos, enredo, faixa etária e gênero, evidenciando, desta forma, aquelas que dão ênfase ao elemento mais relevante, que é o objetivo do jogo. Nesta perspectiva objetivou-se a partir de uma atividade terapêutica utilizando um vídeo game, intervir nas necessidades dos sujeitos que são alvos dos cuidados enquadrados em



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

reabilitação psicossocial, assim como mostrar a importância da utilização dos jogos virtuais no processo de reabilitação do usuário abordando os principais ganhos obtidos com o mesmo. Desenvolvimento do Trabalho: Tal experiência foi realizada no mês de agosto em um CAPS III, denominado Grão Pará, localizado no município de Belém, no estado do Pará. A atividade terapêutica denominada “Corpo em Movimento”, foi dividida em 3 etapas: o acolhimento dos presentes, a utilização do vídeo game e a avaliação. Na primeira etapa todos os presentes foram envolvidos em uma atividade de acolhimento, onde cada participante jogava um balão para cima com o objetivo de mantê-lo no ar, ao mesmo tempo em que outros balões iam sendo incorporados no exercício, evitando deixá-los cair no chão por um período de três minutos. No segundo momento, o vídeo game foi apresentado aos participantes, e as instruções para os jogos foram repassadas, afirmando o entendimento de todos os presentes para o bom aproveitamento da atividade. Três jogos com objetivos esportivos foram selecionados. O vídeo game utilizado conta com sensor de movimentos que habilita o usuário a controlar e interagir com os jogos, onde o jogador obedece aos comandos e reproduz os movimentos, bem como permite que mais de um jogador participe do mesmo jogo. Os usuários, de livre e espontânea vontade, manifestaram interesse e participaram individualmente ou em pares. Este momento durou duas horas, findando quando todos os interessados participaram dos três jogos. O terceiro momento, finalizando a atividade, todos os participantes sentados em roda avaliaram a ação de forma satisfatória onde cada um expressou suas opiniões e sentimentos. Cabe ressaltar que o ambiente foi todo preparado para que os usuários pudessem participar da atividade sem que esta oferecesse riscos a sua saúde. A atividade foi realizada para 22 pessoas, com duração de três horas. Resultados: Os pacientes e seus acompanhantes foram muito receptivos a todas as propostas da atividade terapêutica, assim, possibilitando com que todos os objetivos esperados fossem alcançados. Dentre os objetivos é de importância ênfase os da primeira e segunda etapa que fomentaram o trabalho em equipe, proporcionando um cuidado solidário e contribuindo para com as relações interpessoais e os objetivos da reabilitação psicossocial, esta sendo um processo que facilita ao usuário, com limitações, uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade. Deste modo, também é notória a contribuição da atividade “Corpo em Movimento” no que diz respeito ao desenvolvimento da criatividade e da psicomotricidade no momento de interação com o jogo, bem como a promoção a saúde permeado todas as fases, acentuando a concentração, coordenação motora, o exercício do corpo e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

proporcionando um espaço de lazer para o usuário e seu acompanhante. Os “Exergames”, no que diz respeito ao combate contra o sedentarismo, vem se destacando como uma tecnologia favorável, o que surte um resultado importantíssimo a respeito da manutenção da saúde e auto estima dos usuários. Estes, pontos de extrema importância para o sucesso no tratamento. Portanto, fica nítido o impacto positivo que novas tecnologias de interação virtual causam em atividades terapêuticas, tirando desta o significado empírico de ocupação do tempo dispensável do usuário. No contexto da rotina do CAPS III, onde há um numero de pacientes internados permanecendo vinte e quatro horas no estabelecimento, a disponibilidade de um “Exergame” contribuiria para com a rotina dos internos influenciando diretamente em sua saúde. Considerações Finais: Diante dos objetivos propostos para a atividade terapêutica utilizando o vídeo game, concluímos que a ação realizada foi satisfatória, envolvendo os usuários do CAPS e até mesmo os seus acompanhantes e profissionais que estavam presentes no momento. Reabilitar, para Liberman, consiste em “melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível”, neste âmbito, a utilização do “Exergame” se tornou peça fundamental para o alcance de resultados positivos no processo saúde dos pacientes em atenção psicossocial. Vale ressaltar estudos que avaliaram a utilização dos “Exergames” contribuindo para aumento da qualidade de vida e a percepção da depressão e ansiedade em idosos, trazendo resultados concretos para um embasamento científico sobre o uso desta tecnologia. No contexto do CAPS, nossa ação também serviu como um teste bem sucedido, haja vista a carência de estudos implementados com a utilização de tecnologias de interação virtual em atividades terapêuticas para pacientes psiquiátricos, sendo esta uma tecnologia benéfica à melhoria dos prognósticos dos usuários, devendo ser melhor avaliada e utilizada pelos profissionais de saúde. Em suma, acreditamos ter alcançado nossa proposta da ação, contando com a colaboração de nossa docente e da participação dos usuários e acompanhantes.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER PULMONAR EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA AMAZÔNIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Flávia Chaves de Souza, Poliana Ulatoski, Antenor Matos de Carvalho Junior

**APRESENTAÇÃO:** Dentro do cotidiano da enfermagem, assim como nas demais áreas da saúde, permanecemos em constante contato com pessoas que apresentam patologias distintas, necessitando de uma avaliação apurada dos profissionais e um cuidado integral ao indivíduo. O câncer pulmonar, por sua vez, é uma patologia pertencente ao grupo de doenças respiratórias e tem 90% dos casos relacionados ao tabagismo, sendo que os outros 10% divididos em fatores ocupacionais, ambientais e genéticos. O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada por duas acadêmicas do curso de graduação em enfermagem, acerca da sistematização da assistência de enfermagem aplicada a paciente portadora de Câncer de Pulmão. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo foi realizado de forma qualitativa-descritiva, através do relato de experiência. As informações foram obtidas com base no prontuário de uma paciente internada em um Hospital da cidade de Santarém-PA, seguida da coleta e validação de dados. A construção dos diagnósticos de enfermagem teve como auxílio o livro de Diagnósticos de Enfermagem, NANDA. **RESULTADOS:** Observamos que a nutrição estava sendo realizada por meio de sonda nasointestinal, em decorrência de um Acidente Vascular Encefálico, o que lhe impossibilitava de deglutir os alimentos, quanto a perfusão periférica o enchimento capilar ocorria em 6 segundos, tornando-a ineficaz, o padrão respiratório ineficaz devido ao uso da musculatura acessória para respirar, presença de ruídos estridentes em base e consequente algia torácica. Alguns riscos foram identificados à paciente como: risco de quedas, pois em todas as visitas ao quarto nos deparávamos com as grades laterais do leito rebaixadas, risco de integridade da pele e úlcera por pressão associamos ao longo período acamada, presença de hiperemia na região sacrococcígea e evidente atrito do colchão com a pele e pressão sob as proeminências ósseas, risco de broncoaspiração, em virtude da necessidade de oxigêniooterapia contínua e ainda o risco de infecção, por conta da presença de acesso venoso, uma porta de entrada para infecções. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Falar e viver o câncer para qualquer pessoa é difícil, pois abala as estruturas emocionais, tanto para quem está com a neoplasia, à família, bem como, a equipe multiprofissional, os quais presenciam todos os dias a luta do paciente.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Notamos a alta incidência em números de casos de Câncer de Pulmão nos últimos anos e os avanços nesta área, a oncologia requer profissionais aptos ao cuidado humanizado para com o paciente, outrora sabemos da importância da busca pela prevenção de neoplasias pulmonares e realização periódica de exames para detectá-las precocemente, para uma mais eficaz intervenção.

Palavras-chave: câncer de pulmão; cuidado humanizado; enfermagem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SOBRE A RUA

Harete Vianna Moreno, André Rodrigues, André Rodrigues, Heloísa Elaine dos Santos, Heloísa Elaine dos Santos, Lumena de Almeida Furtado, Lumena de Almeida Furtado, Mariana Leite Hernandez, Mariana Leite Hernandez, Naymara Damasceno, Naymara Damasceno, Paula Etlinger, Paula Etlinger, Paula Monteiro de Siqueira, Paula Monteiro de Siqueira

O presente trabalho tem como proposta pensar a rua em sua dimensão ética e política, um “desespaço” – a rua em pedaços, rua em metamorfoses. Partindo de questionamentos feitos por atores pesquisadores e trabalhadores, buscaremos produzir outras visibilidades acerca da rua e de quem produz existência nela. Não se trata de encontrar uma lógica identitária e definitiva do que é a rua, nem tampouco colarmos nas suas visibilidades hegemônicas alimentadas pela mídia, mas de acompanhar as existências que se produzem na rua, seus processos, trânsitos, velocidades e também as relações de dominação e de violências que a atravessam..

A grande mídia que difunde modos de ver o mundo e dirige um pensamento coletivo a respeito daquilo que são (podem ser) essas existências, a figura da pessoa em situação de rua, com um mito de periculosidade, que produz nos outros, corpos amedrontados e assujeitados. A população, corpo que clama por espaços “seguros”, reconhece tal grupo como um perigo para a sobrevivência na cidade. Dessa forma, alimentada por apelos midiáticos, muitos defendem a retirada das pessoas em situação de rua, desmanchando uma possibilidade de existência.

Tal situação é ratificada quando o projeto da Prefeitura de São Paulo, chamado “Cidade Linda”, traz a ocupação do espaço público pelas pessoas em situação de rua como um problema. A vigilância sanitária, por exemplo, responsável por prevenir, minimizar ou eliminar os riscos à saúde por questões decorrentes do meio ambiente, tende a inviabilizar a existência na rua, pelos riscos que a multiplicação de doenças e pragas, acúmulo de comida ou outros objetos podem representar - talvez, mais para a população em geral, do que para as próprias pessoas em situação de rua. A disputa entre/nas políticas públicas de saúde, habitação, assistência social etc, atravessa as possibilidades do existir sem muros.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Num outro polo, mas ainda no âmbito da saúde, o Consultório na Rua, estratégia instituída pela Atenção Básica em 2011 e que tem como objetivo ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, de forma itinerante e em parceria com as UBS, permitiu alguma proximidade entre quem vive na rua e um modo de produzir saúde que apostasse nas relações (horizontalizadas).

No entanto, o desmonte do SUS e as ações higienistas realizadas pelo governo municipal de São Paulo enfraquecem esse movimento, autorizando em última instância, o seu desaparecimento, seja pela morte em decorrência de hipotermia ou quaisquer outras doenças, seja pela sua retirada do município sem um mínimo de vinculação aos familiares da cidade de origem, apenas assegurando, literalmente, sua passagem de ida. Se antes parecia haver uma certa dificuldade para a saúde pensar a (existência na) rua porque a (existência na) rua não estava na pauta enquanto possível, mas como algo a ser modificado profundamente, agora, com o projeto Cidade Linda, tenta-se impor uma certeza avassaladora: a rua não é pública, ir e vir é direito de poucos e viver na rua é proibido.

Há uma heterogeneidade de seres, em ser, na rua, que interessa a uma lógica capitalística proibir de transitar e (des)caracterizá-lo em “mendigo”: a perda da condição financeira - para o que a gentrificação é uma contribuição inegável -, questões de gênero e sexualidade, uso de substâncias psicoativas (também e não apenas), migrações para um estado cuja promessa da vida melhor esconde violências e precarizações, um rompimento com determinado modus operandi. Não há garantias de que se vai para rua por única e exclusivamente falta de opção. Afirmar essa diferença, pode ser mais que um cuidado em saúde; uma ética. Uma política como dispositivo que anula essa diferença, uma aniquilação. A rua é lugar de todos e de ninguém, mas nunca de quem (sobre)vive nela. Das ações higienistas de fogos, bombas e jatos d'água, ao assistencialismo individual ou de pequenos grupos, as iniciativas acabam na mesma intenção: retirar da rua. Instala-se então, um problema: a rua enquanto impossibilidade de existência. Quais seriam alguns atravessamentos e tensões que atuam nesse cenário?

Relações de dominação, autoridade e poder se dão em ato na rua, o que acaba por definir quem são os marginalizados. A partir desta expressão que evidencia a desigualdade social, a rua também se mostra em suas contradições e zonas de conflito. Ao mesmo tempo, a rua não pode ser definida somente como zona de dominação, porque ela também é, em si, espaço cotidiano de novas formas de ocupar e construir a cidade.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

É no chão da rua que o corpo anda, cai, dança, dorme, se aquieta, enche de solidão e se aproxima das pombas. Deste corpo que não se sabe o nome ou cujo nome nos é inaudível, o transitório é o que insiste: fazer do viaduto lar, ocupar um espaço exíguo sob um toldo para tentar se proteger da chuva, colocar a gigante carroça abarrotada de pertences, sons do rádio e pregações na porta do prédio, tem a duração do que é possível. O segurança o manda embora, a polícia o manda embora, o cidadão o manda embora, ele mesmo vai embora.

A rua é a cidade, composta pelas relações entre os indivíduos que a habitam. Sua conexão com os demais espaços e lugares configura-se em uma rede que permite a construção de contatos e rupturas, tendo, portanto, uma dimensão política.

Diante do que são a rua e a cidade, um desafio se revela. Como permitir que a tensão entre centralidade e mobilidade seja condutora de novos sentidos e significados, construindo zonas de resistência e de pertencimento? Como as pessoas em situação de rua constroem novas maneiras de afetar e serem afetadas que contribuem para a construção de redes culturais, sociais e políticas, pautadas no afeto e na produção de zonas de acolhimento e ruptura com o status quo?

A partir desta indagação, um primeiro componente fica evidente. Não é possível falar dos que vivem na rua sem olhar para suas casas e metamorfoses. De onde vem aquele que decide que a rua é seu espaço de morada? É possível definir isso? Não se consegue falar do espaço desvinculado daqueles que o ocupam. A rua ganha sentido a partir do olhar de quem a experiencia. E são múltiplas experiências. Uma infinidade de dor, alegria, morte e resistência: sobrevivência e vida.

Corpo e rua são em si a construção de entres que, mesmo no momento da desconexão, desfazem e refazem o que o corpo não suporta e ao mesmo tempo tem como potência. A espacialidade rua, entendida como símbolo/signo, traz consigo a concretude da morte e da potência do sujeito.

Na rua o corpo ganha os escudos dos cheiros de lixo e a liquidez do que se esvai e transmuta em um suportar de dor e resistência. Qualquer olhar para a rua, sem a possibilidade de pensarmos sua condição de “desespaço” tende a retirar da mesma o que faz dela o reconhecimento de que em cada pedaço de vida existem capturas e linhas de fuga - visíveis e invisíveis. Um olhar asséptico, observável quando as medidas adotadas pelo governo municipal de São Paulo são de repressão policial, ruptura das estratégias de cuidado e





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assistência e a tentativa contínua de retirar da rua sua condição primeira: ser pública, indica uma terrível política como dispositivo de extermínio.

Palavras-chave: rua; corpo; política



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### SAÚDE E MIGRAÇÃO INDÍGENA: A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA COM OS ÍNDIOS WARAO DA VENEZUELA

Rosiane Pinheiro Palheta

**Apresentação:** do que trata o trabalho e o objetivo: A Equipe de Consultório na Rua (CnaR) é uma estratégia de saúde adotada em 2014 na cidade de Manaus, que visa a abordagem e atendimento integral à saúde das pessoas em situação de rua. O principal objetivo é ampliar o acesso aos serviços da rede de saúde Perpassando o tripé: atenção básica, saúde mental e redução de danos. Com a onda de migração de indígenas venezuelanos da etnia Warao para a cidade entre 2016 e 2017, mais de 500 indígenas estavam na cidade em condições insalubres e de risco pessoal e social, o que levou o poder local e organizações sociais a elaborar em conjunto, estratégias de acompanhamento e cuidado dessa população para minimizar a situação de vulnerabilidade. O CnaR foi a equipe de saúde estratégica para o enfrentamento dessa situação, tendo como objetivo principal identificar os problemas e garantir atendimento aos Warao bem como o acompanhamento dos casos a partir de uma metodologia de atendimento que incluiu o posicionamento da equipe dentro do espaço onde havia concentração de maior número de indígenas, no caso, o terminal rodoviário de Manaus e as casas improvisadas ocupadas pelos migrantes. **Desenvolvimento do trabalho:** descrição da experiência ou método do estudo: A Equipe iniciou um trabalho com os índios venezuelanos a partir de incursões ao território para conhecimento da realidade e para estabelecimento de vínculo. Foi constatado, inicialmente, um número de 180 indígenas vivendo em condições insalubres, sobretudo crianças e idosos, que se encontravam, em sua maioria, com varicela. A equipe estabeleceu uma agenda prévia para realizar as consultas médicas in loco duas vezes por semana acompanhada pela equipe. As consultas eram realizadas a partir de uma mobilização prévia e triagem pela equipe para averiguar a existência de casos de urgência e emergência e as necessidades mais prementes de atendimento. A equipe realizava diversas ações como: viabilização e administração de medicação disponível, orientação na continuidade do tratamento, consulta de enfermagem (orientação do cuidado, aferição de pressão, peso, altura, perímetro cefálico, teste de glicemia dentre outras), orientação psicossocial, mobilização indígena, busca ativa, acompanhamento às consultas e exames e visitas e acompanhamento de casos complexos. O quadro abaixo



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sintetiza o número de atendimentos por ação durante as consultas médicas no período.

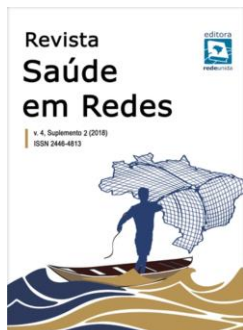
### QUADRO II ATENDIMENTOS E ATIVIDADES COM OS INDIGENAS

ITEM ATENDIMENTOS E ATIVIDADES REALIZADAS TOTAL 1 ATENDIMENTO MÉDICO 5672 ENFERMAGEM 6893 PSICOLOGIA 5624 SERVIÇO SOCIAL 4025 DOMICILIAR 2316 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL 3667 PESO 5678 ALTURA 5679 PERÍMETRO CEFÁLICO 18610 TESTE DE GLICEMIA 7411 RECEITA DISPENSADAS 72412 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS 1306613 MOBILIZAÇÃO DE INDÍGENA 7514 BUSCA ATIVA 7915 VISITAS AOS INTERNADOS 3316 IDOSOS 2017 PUERPERIO 3818 PUERICULTURA 7319 GRÁVIDAS 2520 NEBULIZAÇÃO 421 REUNIÃO DA EQUIPE 722 REUNIÃO INTERSETORIAL 723 AÇÃO INTERSETORIAL 724 ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 7025 ADM DE MEDICAMENTO SUPERVISIONADO 197 TOTAL 18636

Fonte: Equipe de Consultório na Rua- CNAR, Manaus, 2017. Os atendimentos médicos são realizados em conjunto com a equipe e todas as consultas são acompanhadas de orientação psicossocial, de enfermagem, atividades técnicas da equipe de técnicos em enfermagem, mobilização e busca ativa e produção e registros e relatórios técnicos. O registro da equipe é importante para ter um perfil mínimo epidemiológico dessa população. Dessa forma, Dentre os dados encontrados, percebe-se um alto índice de indígenas com parasitose intestinal, pediculose, gastroenterite, infecções das vias aéreas superiores, cefaléia e doenças de pele.

QUADRO III ATENDIMENTOS E ATIVIDADES COM OS INDIGENAS ITEM AGRAVOS/PROBLEMAS/SITUAÇÃO ADULTO CRIANÇA TOTAL 1 CEFALEIA 47 5 522 IVAS 28 89 1173 DERMATITE 10 22 324 ESCABIOSE 4 19 235 PIODERMITE 3 9 126 PEDICULOSE 9 57 667 HIPERTENSÃO 20 0 208 ITU 6 0 69 MASTITE 3 310 ABSCESSO 3 4 711 GASTROENTERITE 17 49 6612 MICOSE 13 18 3113 PARASITOSE INTESTINAL 46 73 11914 ALGIA TORÁCICA 4 0 415 VARICELA 1 3 416 ODONTO 7 2 917 ANEMIA 8 2 1018 DOR MUSCULAR 12 1219 HIPERPLASIA DA PRÓSTATA 1 120 DEFICIENTE 1 122 COLESTEROL ALTO 3 323 DESNUTRIÇÃO 2 175 17724 SUSPEITA DE DENGUE 1 125 SUSPEITA DE TB 2 226 GRIPE 5 10 1527 DOR ARTICULAR 2 2 TOTAL 258 537 795

Fonte: Equipe de Consultório na Rua- Cnar, Manaus, 2017. Os problemas encontrados têm sido tratados levando medicação e administrando in loco durante as consultas bem como durante as visitas feitas pela equipe e que necessitam de continuidade. Ressalta-se que os casos de pneumonia e tuberculose não aparecem no perfil dos agravos de saúde, pois necessita de encaminhamento à alta complexidade, sendo necessária a busca ativa dos comunicantes



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

para realização de exames para prevenção de casos novos. Esse acompanhamento também foi feito pela equipe bem como a realização de consultas e exames, atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde e nos Prontos Socorros. Em se tratando dos imigrantes o acompanhamento tem sido mais efetivo por tratar-se de indígenas que em sua maioria, ainda preserva exclusivamente, a língua nativa. O acompanhamento é contínuo da equipe aos indígenas de forma que também seja garantida a promoção e prevenção da saúde e não apenas a alta complexidade. Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência: Um dos principais entraves para o trabalho da equipe foi a barreira lingüística uma vez que a maioria dessa população só fala a língua materna e alguns que conseguem compreender o espanhol, tem dificuldade no momento das orientações em saúde e na adesão ao tratamento. Outra situação delicada diz respeito ao acompanhamento na alta complexidade, onde diversas situações de internações eram necessárias e havia resistência da parte dos indígenas, sobretudo, quando envolviam os filhos. Houve alguns casos de evasões porque os indígenas não se adaptavam à alimentação e aos cuidados dispensados. O choque cultural é algo esperado e, levando em conta que são indígenas de outro país, as diferenças culturais são mais exacerbadas e exigiu da equipe maior flexibilidade nas ações. Um aspecto positivo se refere à maior adesão aos cuidados dispensados pela equipe e aos tratamentos oferecidos. Essa adesão ocorreu após reunião feita com os xamãs e pajés sobre as dificuldades nesse processo. Após esse diálogo, houve maior adesão aos cuidados propostos pela equipe. 09- Considerações finais: O trabalho tem gerado bons resultados com um volume considerável de insumos e trabalho humano na frente saúde para esta população. Vale destacar que a intersetorialidade é um ponto muito positivo que tem apenas somado para o sucesso da ação. As limitações e entraves têm sido superados não apenas com compromisso da equipe, mas sobretudo com sensibilidade onde o valor humano é a diretriz principal que rege as ações da equipe. Muitos casos foram encaminhados, acompanhados e lograram êxito com a total recuperação da saúde e proteção social dessa população.

Palavras-chave: Indígena, Migração, Saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### PRÁTICAS ALIMENTARES NO PROCESSO DE AJURI

Maria Isabel de Araújo, Silas Garcia Aquino de Sousa, Evandro Morais Ramos

Na hinterlândia amazônica as técnicas de cultivo do solo para atividades agrícolas resultam de um processo de vivência agroambiental dos habitantes com a floresta na (re)produção alimentar, ao cultivar, domesticar, introduzir e multiplicar as plantas, aliada a criação de animais, nos ecossistemas de várzea ou terra firme. Assim, o homem amazônico transformou os ecossistemas naturais em ecossistemas cultivados, explorados por seus cuidados, muito antes da chegada das missões na região e montarem um novo sistema agrário combinado com os praticados na hinterlândia, através dos ajuris (trabalho coletivo, ajuda mútua), tanto para o manejo e plantio da área como para a colheita das espécies cultivadas, com evolução e transformações de novas técnicas agrícolas, aliado ao saber tradicional no manejo dos quintais agroflorestais, as hortas (canteiros) suspensas e o roçado de árvores frutíferas e madeira. O enfoque metodológico dessa escolha, dada à complexidade e a multiplicidade das práticas agrícolas de ajuri, levando-se em consideração a valorização da participação social como promotora de saúde que transcende do enfoque individual para o social, conivente com os conhecimentos tradicionais, aliados a diferentes modos de vida dos sujeitos habitantes da hinterlândia amazônica, hábitos, costumes, vivência e convivência no espaço agroalimentar dos agricultores familiares, revelando estreita simbiose com o ecossistema natural, visto que a alimentação saudável constitui-se em um dos pilares determinantes da promoção da saúde. Neste sentido, objetiva o presente estudo identificar as espécies cultivadas, bem como a interação pessoal e econômica dos agentes produtores da agricultura orgânica, participantes do processo de ajuri na troca de saberes alimentares tradicionais e a disponibilidade de mão-de-obra na construção dos roçados agrícolas de base ecológica, sem o uso de agroquímicos, que além do impacto contaminante sobre a saúde humana, ocasiona danos ambientais no sistema hídrico superficial, subterrâneo, no solo, no ar, configurada como práxis metodológica na promoção da saúde dos agricultores familiares envolvidos neste processo, respeitando os princípios da agricultura ecológica definidos nos conceitos da agroecologia, garantindo o desenvolvimento sustentável da presente geração sem sacrificar as necessidades das gerações futuras pelos agricultores familiares da Comunidade Uberê, localizada no ramal do Brasileirinho, km 8, área rural da cidade de Manaus. O método proposto nesta abordagem,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

denominado de pesquisa-ação de forma interdisciplinar com ferramentas dos métodos da pesquisa etnográfica, da observação participante, do estudo de caso com visita de campo in loco na comunidade Uberê, em visitas mensais no período de março a julho de 2017. Nos ajuris, a valorização do conhecimento, a troca de sementes, o intercâmbio de ideias é compartilhado por todos os agricultores familiares, participantes do processo de ajuri, o que representa uma atitude ética e política dos comunitários em produzir e consumir alimentos saudáveis, livre de agroquímicos, cujo excedente é comercializados nas feiras da cidade de Manaus. No manejo agroecológico as práticas agrícolas constitui-se de experiências tradicionais sustentáveis, preservadas na memória biocultural com práticas tipicamente convencionais (técnicas) combinadas a diferentes culturas para a fertilização do solo nos quintais agroflorestais, com uso de adubação verde, corte e trituração da capoeira sem o uso do fogo, composto orgânico, biofertilizantes e controle de pragas com repelentes naturais e biológicos, como alternativa ambientalmente sustentável e econômica no âmbito da agricultura familiar de produtores orgânicos. As espécies mais cultivadas são das famílias Asteraceae, Brassicaceae, Chenopodiaceae e Quenopodiaceae, plantadas no sistema de hortas/canteiros suspensos com destaque para as plantas alimentícias não convencionais (PANC): agrião (*Nasturtium officinale*), alfavaca (*Ocimum basilicum*), almeirão (*Cichorium intybus*), ariá (*Calathea allouia*), batata salsa (*Arracacia xanthorrhiza*), beldroega (*Portulaca oleracea*), bertalha (*Basella alba*), cará-do-ar (*Dioscorea bulbifera*), caruru (*Talinum triangulare*), cheiro-verde (*Allium fistulosum* + *Coriandro sativum* + *Eryngium foetidum*), chicória (*Eryngium foetidum*), coentro (*Coriandrum sativum*), cubiu (*Solanum sessiliflorum*), espinafre amazônico (*Alternanthera sessilis*), feijão de metro (*Vigna unguiculata*), feijão-macuco (*Pachyrhizus tuberosus*), inhame (*Colocasia esculenta*), jambu (*Spilanthes oleracea*), manjericão (*Ocimum basilicum*), mastruz (*Chenopodium ambrosioides*), pepino-do-mato (*Ambelania acida*), ora-por-nóbis (*Pereskia bleo*), quiabo-de-metro (*Trichosanthes cucumerina*), rúcula (*Eruca sativa*), taiobas (*Xanthosoma taioba* e *X. violaceum*), vinagreira (*Hibiscus sabdariffae*), dentre outras olerícolas folhosas convencionais: abóbora (*Curcubita* sp), alface (*Lactuca sativa*), batata doce (*Solanum tuberosum*), cará (*Ipomoea*) couve (*Brassica oleracea*), macaxeira (*Manhot esculenta*), pimentão (*Capsicum annum* Group), repolho (*Brassica Oleracea* var. *capitata*), tomate (*Solanum lycopersicum*), dentre outras espécies cultivadas. Nos quintais agroflorestais destes comunitários o destaque são para as espécies frutíferas regionais, com destaque para: açai (*Euterpe oleracea* E. *precatoria*),



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

banana (*musa*), bacaba (*Oenocarpus bacaba*), buriti (*Mauritia flexuosa*), caju (*Anacardium occidentale*), castanha-do-Pará (*Bertholletia excelsa*), cupuaçu (*Theobroma grandiflorum*), guaraná (*Paullinia cupana*), graviola (*Annona muricata* L.), laranja (*Citrus sinensis*), limão (*Citrus limon*), pupunha (*Bactris gasipaes*), tapereba (*Spondias mombin* L.), tucumã (*Astrocaryum aculeatum*)... toda essa produção no espaço agroalimentar agrega também o uso de outras práticas naturais de cuidados com a saúde, a diversidade de plantas medicinais, utilizadas como alternativa medicamentosa para curar certas enfermidades (dores no corpo, garganta inflamada, gripe, hemorroidas, infecção em geral, machucado, má-digestão, mal-estar, saúde da mulher, tosse, verme...), as espécies comuns mais cultivadas são: açafraão (*Curcuma* sp), algodãozinho (*Gossypium arboreum*), babosa (*Aloe vera*), boldo (*Colerus barbatus*), Camomila (*Matricaria chamomilla*), crista-de-galo (*Celosia cristata*), erva-cidreira (*Cymbopogon citratus*), erva-de-Santa-Maria (*Chenopodium ambrosioides*), espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), fedegoso (*Senna macranthera*), fumo bravo (*Solanum alatiameum*), guiné (*Petiveria alliacea*), hortelãzinho (*Mentha* sp), jenipapo (*Genipa americana* L.), losna (*Artemisia absinthium*), mertiolate ou mercúrio (*Jatrofa Multifida*), pata-de-vaca (*Bauhinia foticata*), salsa-de-paredão (*Mentha pulegium*), salsaparrilha (*Smilax* sp), terramicina (*Alternanthera dentata*), unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*)...; as espécies nativas da região de maior destaque são para as famílias: Anacardiaceae - cupiúba/envira-preta (*Unonopsis guatterioides*); Apocynaceae - carapanaúba (*Aspidosperma nitidum*); Apiaceae - sucuuba (*Himatanthus sucuuba*); Burseraceae - breu (*Protium heptaphyllum*); Convolvulaceae - cipó-tuíra (*Bonamia ferrugínea*); Euphorbiaceae - sacaca (*Croton cajucara*); Fabaceae - cumaru (*Dipteryx odorata*), copaíba (*Copaifera langsdorffii*), escada/cipó-de-jabutí (*Bauhinia guianensis*), jatobá (*Hymenaea courbaril*), jucá (*Caesalpinia ferrea*); Lauraceae - preciosa (*Aniba canelilla*); Lecythydaceae - castanheira (*Bertholletia excelsa*); Meliaceae – andiroba (*Carapa guianensis*); Moraceae - amapá (*Brosimum parinarioides* Ducke), apuí (*Ficus amazonica*); Rhamnaceae - saracura-mirá (*Ampelozizyphus amazonicus* Ducke); Rubiaceae – mulateiro (*Callycophyllum spruceanum*) e Simaroubaceae - marupá ou tamanqueira (*Simarouba amara* Aubl). Os resultados obtidos com base nos conhecimentos e práticas específicas de ajuri, contidos no repertório biocultural dos agentes da comunidade Uberé, se consolidam ao estabelecer relações e participação sociocultural ao dispor do seu dia de trabalho (mão-de-obra) nas atividades agrícolas/florestais, como importante elemento de reprodução social, econômica e ambiental, na lógica do autoconsumo alimentar, promotor



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

da saúde humana, com a oferta de inúmeras espécies comestíveis em seus quintais agroflorestais, com destaque para as culturas de olerícolas folhosas das famílias botânica Brassicaceae (agrião (*Nasturtium officinale*), couve (*Brassica oleracea*), alface (*Lactuca sativa*), coentro (*Coriandrum sativum*), repolho (*Brassica Oleracea* var. *capitata*), rúcula (*Eruca sativa*) entre outras. As Asteraceae (jambu (*Acmella oleracea*), almeirão (*Cichorium intybus*)...), Chenopodiaceae (espinafre-amazônico (*Alternanthera* sp.), mastruz (*Dysphania ambrosioides*) ...). As frutíferas Musaceae (bananas vários tipos), Curcubitaceae (pepino (*Cucumis sativus*), abobora (*Cucurbita* spp), os tubérculos/raízes do gênero *Manihot* - macaxeira/mandioca (*Dioscoreai*), cará variedades (*Ipomoea*), batatas variedades (*Solanum tuberosum*) entre outras variedades de espécies como: pimentão (*Capsicum annuum*), cebolinha (*Allium fistulosum*), banana (*Musa* sp), mamão (*Carica papaya*), cuja produção excedente é comercializada na feira de produtos da agricultura familiar e orgânicos na cidade de Manaus, embasadas nos princípios da agricultura orgânica, cultivadas nos quintais agroflorestais, estabelecendo o elo harmônico das experiências passadas de geração a geração, na conservação e consumação de práticas socioambientais saudáveis, garantindo desta forma melhor qualidade de vida dos produtores da agricultura familiar orgânica e dos consumidores.

Palavras-chave: Agricultura familiar; Agricultura orgânica; Ajuri; Práticas alimentares; Quintais agroflorestais.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A INCERTEZA DO FUTURO

Raquel De Castro Alves nepomuceno, Francisco Wagner Pereira Menezes, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

A construção histórica da profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem suas raízes no Ceará, quando em 1987, em regiões afetadas pela seca, essa atividade foi estruturada com objeto duplo de empregar as mulheres e diminuir a mortalidade infantil, e foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para o restante do Brasil como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Este novo personagem da saúde pública faz parte da comunidade, trabalha para ela e com ela, o que, com o respaldo de pesquisas já realizadas, nos autoriza a afirmar que é o profissional da saúde que mais conhece as formas cotidianas de viver e de se comportar das famílias. Este programa possibilitou o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que incorporou e ampliou a atuação deste profissional como o elo entre a equipe de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem com a comunidade, por estar em contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde. A função, exercida com sucesso, de mediar relações entre a comunidade e os serviços de saúde, implicaram em inúmeras atribuições que foram sendo reformuladas e acumulada ao longo dos últimos 30 anos. A discussão sobre sua prática no decorrer desta trajetória tem crescido com as propostas políticas de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Recentemente, foi aprovada a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece mudanças na organização da atenção básica afetando diretamente os ACS. Este trabalho tem o objetivo de refletir sobre a trajetória do ACS e os desafios para os próximos anos. Recorreu-se a revisão documental de base legal relacionadas aos ACS surgidas durante toda sua trajetória através dos sites do MS, Câmara e Senado Federal, bem como, a busca da literatura de artigos científicos, utilizando as palavras chave “agente comunitário de saúde”, “promoção da saúde” e “saúde da família” feitas nos sites Scielo, BVS e Lilasc. Vinculado inicialmente à Fundação Nacional de Saúde, com a previsão de repasses de recursos para custeio do programa e o pagamento dos agentes no valor de um salário mínimo, o ACS passa à gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do MS somente em 1994, quando foi instituído o PSF. Cada vez mais a atividade do



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ACS é reconhecida como estratégica para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Novas atribuições foram sendo inseridas na sua atividade, como por exemplo, as ações de vigilância à saúde, incluindo o diálogo com a população sobre a prevenção e o controle da malária e da dengue na portaria nº 44/2002. No entanto, a profissão só foi criada em termos de lei em 2002. Em 2006 através da Lei nº 11.350 o ACS foi reconhecido como profissional de saúde. A mesma lei regulamentou o aproveitamento de pessoal que já estava em serviço. Reafirmou-se como atividades de sua competência a prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. A contratação de ACS passou a ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos. O tempo prestado pelos ACS, independentemente da forma de seu vínculo e desde que tenha sido efetuado o devido recolhimento da contribuição previdenciária, foi considerado para fins de concessão de benefícios e contagem recíproca pelos regimes de previdência. O piso salarial profissional nacional foi fixado no valor de R\$ 1.014,00 mensais para a jornada de 40 horas semanais. Observa-se maior efervescência na luta da categoria pelos seus direitos a partir desse momento. Através da Emenda Constitucional Nº 63 de 2010 e da Lei nº 12.994/2014 de 2014 estabeleceu-se o regime jurídico e a instituição do piso salarial e diretrizes para o Plano de Cargos e Carreiras. Decreto e novas portarias foram publicados dispendo sobre a assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a ser prestada pela União, para o cumprimento do piso salarial profissional e sobre o incentivo financeiro para o fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS e de Agentes de Combate às Endemias (ACE). Desde 2011, tramita uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) dispendo sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de ACS e ACE, que fixa regras para o pagamento dos ACS, piso salarial de R\$ 1.600,00 para jornada de 40 horas, data base em 1º de janeiro e reajuste pela variação do INPC. Após o golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016, o MS, por meio das portarias 958 e 959/2016, sob os argumentos de ampliar as possibilidades de composição das Equipes e aumentar a capacidade clínica na unidade básica e o cuidado no domicílio, extingue a obrigatoriedade de contratação do profissional ACS para equipes de saúde da família. No entanto, após pressão da categoria e de instituições ligadas a Saúde Coletiva, alegando que esta medida restringiria o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Família (ESF) e reforçava a precarização do trabalho no SUS, a referida portaria foi revogada. Concretamente estamos sofrendo gradual subversão da prioridade de construção de um sistema nacional público, universal e de qualidade. Em poucos meses e com pouco diálogo com a sociedade civil e controle social, o governo reformulou a PNAB publicada através da portaria nº 2436/2017, fragilizando a ESF, criando uma nova modalidade de equipe “Atenção Básica”, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, sem a obrigação do ACS na equipe. Normatiza ainda outras atribuições aos ACS como a possibilidade de realizarem aferição de pressão, medição da glicemia capilar e realização de técnicas de curativos, atividades típicas de técnicos de enfermagem, respaldadas mais recentemente através da Lei 13.595/2018. Para efetivação dessa mudança de perfil profissional, o MS pretende instituir o Programa de Formação Técnica para ACS – PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem através da Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Sabemos dos desafios cotidianos da ESF, no entanto, pesquisas recentes reafirmam a importância do ACS na equipe, pois é quem ajuda a mediar a comunicação entre profissionais de saúde e a família, que se encontra em situação de vulnerabilidade. É a partir desta interação, entre ACS e profissionais graduados da ESF, que ocorre mudança paradigmática do olhar sobre a família. Além disto, por viver na comunidade, o ACS conhece de perto seus problemas, e tem atuado em diversas políticas públicas, como as de ação social, adquirindo uma atuação de perspectiva intersetorial. Neste sentido, a ESF destaca-se como inovadora e reestruturante de ações e serviços de saúde. Analisando a trajetória dos ACS, marcada na luta pelo reconhecimento profissional, e diante de alterações recentes na organização da Atenção Básica, fortalecendo o modelo assistencial biomédico, faz -se necessário refletir sobre o futuro incerto desta profissão, que se projetava em direção à promoção da saúde. Os autores afirmam que os ganhos obtidos pela atuação do ACS como elo ESF/comunidade e articulador de políticas sociais no território, será esvaziado caso estas mudanças se concretizem. A mobilização social em defesa do SUS e da ESF é a única solução possível.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde; saúde da família; promoção da saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### INTERFACES ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E JUVENTUDE

Luana Pereira Pereira do Nascimento Lima

O trabalho que ora é desenvolvido versa suscitar questionamentos quanto à política de saúde mental no Brasil atentando para as relações do uso de substâncias psicoativas (SPA) e juventude. Perfazendo a gama dos direitos sociais no âmbito da política de saúde o Movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciada no final de 1970, período de redemocratização no Brasil aponta inquietações no horizonte da necessidade do cuidado em liberdade. Nesse interim novas formas de intervenções do Estado brasileiro emanam, influenciada pelas novas configurações sociais e históricas. Foi apenas no início dos anos 1990 que algumas iniciativas forjaram um olhar ampliado para a situação de saúde dos usuários de SPA, como exemplo, podemos citar algumas estratégias de Redução de Danos que objetivava reduzir os impactos da transmissão de doenças, sobretudo as DSTs/AIDS entre usuários de substâncias injetáveis. Outro avanço na política de atendimento foi a portaria 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que estabeleceu a organização dos serviços de saúde mental nos níveis de atenção à saúde primária, secundária, terciária e definiu o Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) como centro da RAPS. O uso de SPA conhecidas popularmente como drogas é um fenômeno milenar, no entanto, o debate acerca do uso problemático destas passa a ser difundido internacionalmente a partir do final do século XIX. Ao falar em problema desperta no imaginário social diversas categorias, das quais estão socialmente relacionadas, ora diretamente, ora indiretamente, tais como as juventudes, violência, pertencimento e cultura. Nos interstícios entre a saúde mental e juventude nos deparamos com uma realidade instigante, e é desta forma que surgiu este estudo, a qual objetiva analisar a trajetória de 10 usuários de SPA internados na Unidade de Desintoxicação (UD) do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto e as relações de cuidado, estabelecidas nesse caminhar. Para isso foi traçado o perfil socioeconômico dos usuários, apreendendo a visão destes acerca das práticas de cuidados recebidas em suas trajetórias de vida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de observação direta, registro em diários de campo e entrevistas semiestruturadas. Foram seguidas as normas da resolução Nº 466/ 2012, que aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Centro de Estudos Pesquisa (CEAP) do referido



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Hospital e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) via Plataforma Brasil, parecer Nº 1906.604. O percurso das políticas públicas para usuários de substâncias psicoativas no Brasil é repleto de caminhos íngremes, curvas acentuadas, pontes, e até abismos que separam o cuidado dos sujeitos. Diante das diversas problemáticas que atravessam o debate sobre a questão do uso problemático de SPA é imprescindível conhecer quem são esses sujeitos, suas percepções, interesses, seu território, as refrações da questão social que perpassam as relações socioeconômicas, corroborando com a efetivação de uma política integral, percebendo os indivíduos em sua totalidade. Assim, elaboramos uma análise do perfil socioeconômico dos usuários entrevistados através de indicadores que permitem conhecer quem são esses indivíduos, de onde falam, quais suas vivências e as condições de existência na sociedade capitalista. Os usuários entrevistados relataram que o primeiro contato com as SPA se deram na adolescência, período em que frequentavam a escola, ou nas rodas de amizades/comunidade ou até mesmo no meio familiar, no contexto de festas, comemorações, sempre apontando a necessidade de serem reconhecidos pelos seus pares. Com relação à escolaridade 60% dos usuários não concluíram o ensino médio e 90% fizeram uso de álcool, entre 12 e 17 anos. É pertinente ressaltar que embora o álcool seja uma substância proibida para menores de 18 anos, o que se apresenta é o contato cada vez mais precoce com a referida substância. Isso também se deve a uma construção social em torno da virilidade masculina, contextos de uso na família, curiosidades, dentre outros. Afinal, as propagandas em torno do uso de álcool vendem uma imagem de alegria, boemia, dominação, etc. O uso do álcool conforme as falas revelam surgiu de uma forma sutil, sem pretensões de migrar para outras SPA. No entanto, as condições reais, vivenciada pelos jovens de não acesso a Políticas Públicas, principalmente com ausência de ações educativas direcionadas para esse segmento, tornou-se um caminho de fácil acesso para o uso de substâncias ilícitas, além disso é relevante destacar os conflitos familiares citadas como motivadoras/geradoras de uma fuga da realidade. Embora haja o descrédito da sociedade frente ao usuário de SPA, sobretudo as ilícitas, a pesquisa aponta diversos tipos de uso que transitam entre a busca por novas experiências, fugas da realidade e a busca por prazeres que superem condições de sofrimento, inclusive conflitos existenciais. Na pesquisa foi perceptível que o diálogo entre as políticas públicas e juventude ainda são frágeis, pois hegemonicamente as responsabilidades de proteção social se detém no âmbito da educação, em contrapartida as demais dimensões da vida social (cultura, arte, esporte,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

econômicos, comunitários) são pontuais e celetistas. Foi possível identificar a partir de uma leitura crítica da realidade de que forma os determinantes sociais estão presentes no cotidiano e como influenciaram no contato com as SPA. Frente a proposta hegemônica de cuidado através da abstinência trazida nas políticas sobre drogas no Brasil surge a proposta da Redução de Danos a qual tem possibilitado o desenvolvimento de abordagens terapêuticas para pessoas que não querem suspender o uso de drogas, entendendo que o contrário da dependência não é a abstinência, o contrário da dependência é a liberdade. A dependência aprisiona, o tratamento deve buscar o protagonismo e a autonomia. As falas revelam a relação de uso problemático interferindo diretamente nas relações familiares, educacionais, laborais, dentre outras. Como questionamento surge o seguinte: como o Estado tem se aproximado desta juventude, quais as estratégias utilizadas. Destarte, na defesa de uma rede intersetorial, situamos a necessidade de analisar quais os caminhos percorridos pelos usuários que em sua maioria não contam com suporte psicossocial, as oportunidades suprimidas e as múltiplas dimensões que envolvem o sujeito e que muitas vezes fica relegado a medidas de internações, quando o uso acaba atingido de forma drástica como é o caso de intoxicação por SPA. É preciso um projeto terapêutico que considere o contexto sociocultural do sujeito e que contribua para o atendimento e reabilitação. Outra relação apontada pelo usuário refere-se à dicotomia do certo versus errado, tendo a abstinência como o padrão correto a ser seguido. A partir dessas interlocuções muitas inquietações foram geradas, à medida que temos existentes três vertentes predominantes: moralista, criminalista e proibicionista. Diante dos diversos documentos e legislações percebemos que o desafio da Reforma Psiquiátrica permanece, ao passo que hospitais gerais e uma grande parte dos serviços de saúde resistem o cuidado a esse público, os quais sempre atribuem a responsabilidade de cuidado aos CAPS e Hospitais Psiquiátricos. Antagonicamente, percebemos a ampliação e a legitimação de modelos que vão na contramão da política de redução de danos, pois a maioria dos serviços seguem o modelo de abstinência, como é o caso das Comunidades Terapêuticas, Hospitais psiquiátricos e infelizmente na realidade de CAPS- AD, visto que a prática de cuidado através da redução de danos depende de um olhar ampliado do profissional frente a realidade do usuário que precisa ser melhor ampliado e difundido.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidado; Juventude



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### POLÍTICA DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA APROXIMAÇÃO GENEALÓGICA

Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Valéria Monteiro Mendes, Paula Bertolucci Alves Pereira, Clarissa Terenzi Seixas, Kênia Lara Silva, Janainny Magalhães Fernandes, Vinicius Santos Sanches

Este exercício genealógico sobre a constituição da Atenção Domiciliar (AD) se inscreve no âmbito da pesquisa da Rede de Observatórios Microvetoriais de Políticas Públicas em Saúde e em Educação na Saúde. Apostamos na radicalização da análise sobre a produção das políticas, partindo do princípio que não há linearidade na construção dos problemas e nos conceitos produzidos para enfrentá-los. A genealogia nos convida a identificar as forças que se apropriam dos problemas e conceitos em diferentes contextos e momentos, instituindo diferentes sentidos e valores. Assim, é necessário mapear as forças, os vetores, os projetos, as apostas a eles relacionados, pois isso ajuda a perceber que as forças que se apropriam dos problemas e que produzem valores não correspondem necessariamente a atores sociais, que produzem distintas forças, algumas simultaneamente. Nosso objetivo é produzir visibilidades que ajudem no entendimento das alianças, das confluências e dos atritos relacionados à construção da política de AD, abrindo novas possibilidades de ação. Tal análise demanda evidenciarmos alguns de seus antecedentes, como as distintas experiências em AD no SUS desde os anos 90, que assumiam diferentes configurações/perfis de atendimento. Outro antecedente refere-se às duas forças fortemente operantes na construção da AD, a saber, as necessidades de saúde (relacionadas ao perfil de adoecimento e o envelhecimento da população, que exigem mudanças no cuidado) e a racionalização dos gastos (relacionado à restrição de recursos que impunha uma agenda de racionalização na saúde). Nos anos 2000 havia dois obstáculos para a produção de políticas em AD, respectivamente a essas forças: a falta de voz ativa dos grupos vulneráveis e o medo dos gestores frente à judicialização pelo alto custo do cuidado domiciliar. Outro antecedente refere-se ao debate, marcado por aquelas duas forças, no Ministério da Saúde (MS) no período de 2003-2005, cuja tradução era: localizar a AD no Departamento de Atenção Especializada (e produzir movimentos voltados à desospitalização) ou localizar a AD no Departamento de Atenção Básica (e fabricar movimentos voltados às necessidades de saúde não contempladas pelos arranjos vigentes). Configurou-se um empasse que foi desdobrado

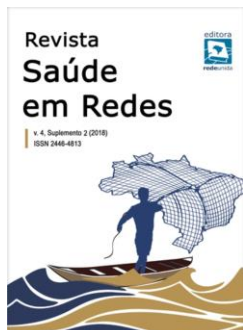


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

em uma pesquisa nacional voltada à análise de experiências em AD nas cinco regiões do país. O estudo identificou que a força necessidades de saúde se expressava fortemente em composição com outra força inesperada para os pesquisadores: a inovação do modelo technoassistencial. Percebeu-se que a potência de substitutividade da AD relacionada ao modelo médico-hegemônico aumentava quando as ações voltavam-se para as necessidades de saúde e sua potência decaía quando as equipes centravam-se nos procedimentos. Apesar destes resultados não terem sido debatidos pela troca da equipe do MS houve ampla discussão com as equipes de AD. Pesquisas subsequentes mostraram que a força de racionalização produzia dois vetores: a desospitalização precoce (redução do tempo de internação e o cuidado fora do hospital) e a transferência dos gastos (localizado no interior dessa força, atingindo diretamente as famílias e operando mais intensamente na Saúde Suplementar). Analisando esses cruzamentos percebemos diferentes modos de racionalizar custos (arranjos voltados ao cuidado compartilhado segundo as necessidades dos usuários e arranjos que transferem responsabilidades e gastos). Apenas em 2011, num contexto de mudança de gestão, o MS decidiu construir uma Política Nacional de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa), ainda pautando as duas forças originalmente operantes na AD. Já a força da substitutividade era pautada apenas por certos atores da academia e por trabalhadores da AD. A Política retomou os elementos propostos pela Atenção Especializada (2004/2005) em sintonia com o vetor desospitalização (AD incluída na Rede de Urgência/Emergência e dirigida aos grandes municípios e às regiões metropolitanas). Porém, a coordenação da Política foi localizada no Departamento de Atenção Básica (DAB), provavelmente pela intensidade da força necessidades de saúde. A maioria dos municípios operou segundo a força necessidades de saúde e utilizou a Política para cuidar de uma população desassistida e frequentemente restrita aos domicílios, o que faz pensar porque os municípios rebelaram-se e/ou subordinaram-se às definições ministeriais. Aventamos duas hipóteses: a força necessidades de saúde se expressa mais intensamente porque as necessidades não respondidas nos municípios são mais gritantes e as questões relacionadas aos hospitais não produzem sentido para os municípios. Com o lançamento do Melhor em casa estudos que analisaram os efeitos da política nos arranjos municipais mostraram que a classificação da AD (AD1, AD2, AD3) foi problemática, porque a Política privilegiou a incorporação de tecnologias duras e desconsiderou elementos que podem demandar o cuidado intensivo (vulnerabilidades e intensividade do cuidado). Isso provocou disputas entre as equipes e uma





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

responsabilização territorializada em detrimento da produção compartilhada do cuidado nos diferentes pontos da rede. Evidenciam-se os efeitos da força racionalização de gastos, que atravessa as forças necessidades de saúde e inovação do modelo tecnoassistencial e que se expressa na relação população/equipe (municípios acessam a equipe de apoio apenas quando possuem mais de uma equipe de AD). Tais efeitos pressionam as equipes para a rotatividade dos casos e tensionam seu compromisso com a força necessidades de saúde e sua relação com a Atenção Básica (AB). No período, a Coordenação Geral da Atenção Domiciliar (CGAD/MS) incorporou mudanças apontadas localmente (pelas equipes de AD e pelos pesquisadores) e efetivou modificações principalmente nos critérios populacionais para elegibilidade dos municípios, nos procedimentos e inclui a vulnerabilidade nos critérios de classificação. Os resultados apontam que é fundamental analisar os agenciamentos da Política em relação aos Serviços de AD. Percebe-se que o MS e os municípios não operam a força inovação do modelo tecnoassistencial e que para efetivá-la seria necessário ampliar o número de equipes e suas possibilidades de conexão. A potência da AD pode ensinar sobre a fabricação de mudanças na AB que ajudem no encontro das equipes com as necessidades e as singularidades dos usuários. Pensar a AD como modelagem substitutiva também implica em considerar o papel do cuidador, sendo fundamental discutir medidas de suporte para o atendimento de suas necessidades diante dos vetores de transferências de gastos/de responsabilidades para a família. A radicalização da força necessidades de saúde em interação com a força inovação do modelo tecnoassistencial tem produzido apostas interessantes sobre o morrer em casa e o cuidado paliativo, considerando a criação de espaços intercessores entre a equipe de AD e o usuário/cuidador, bem como a fabricação de rede entre os serviços. Como considerações apontamos que a AD, como um vetor importante para substitutividade do modelo médico-hegemônico, pode ser pensada como uma estratégia de compartilhamento e de criação de corresponsabilidade entre serviços e como um dispositivo para modificar a lógica do cuidado hospitalar. Para tanto seria necessário fazer a força necessidades de saúde atravessar a desospitalização, visando a construção de altas compartilhadas entre os serviços e a continuidade do cuidado baseada na singularidade das situações vividas, seus limites e possibilidades. É nítido que as potencialidades da AD modificam-se a depender da força que dela se apropria. Assim, a força inovação do modelo de atenção apenas ganhará potência num movimento de inversão dos agentes que produzem o SUS, ou seja, quando trabalhadores e usuários apropriarem-se do SUS para pautar a



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

integralidade e a singularidade na produção do cuidado em conexão com movimentos sociais e outros atores, sobretudo neste período de supressão de direitos em que os vetores biopolíticos potencializam a precarização e o sucateamento do SUS

Palavras-chave: Atenção-domiciliar; análise-de-políticas; genealogia



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A CRISE ECONÔMICA E O RECRUDESCIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Renata Assis Nunes Benevides

Na interseção da crise econômica e do panorama político nacional, gerir o trabalho de Vigilância Sanitária, entendendo a subjetividade inerente a cada ator, que emprega a força de seu trabalho na construção de um processo fundamentado em tecnologias leve-moles e leve-duras, mas com carga legal alta, é complexo, pois ao longo da história, apesar de sua importância e ação, o setor ficou muitas vezes à margem do processo saúde doença.

O recrudescimento do processo de trabalho da Vigilância Sanitária, para os trabalhadores e gestão é um resgate fundamental, haja vista que independente das atualizações legais as Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAM) aumentaram sua atuação sócio econômico além da sua práxis regulatória, buscando um processo de trabalho intersetorial em atendimento as necessidades humanas, qualidade de vida além da melhoria os serviços prestados no território.

A importância deste estudo confirma-se tanto por grande parte das VISAM não possuírem qualidade na gestão do trabalho, a serem fundamentados em um planejamento integralizado, crítico e entendedor das subjetividades inseridas nos processos, quanto pelo grau de valoração das ações executadas por seus trabalhadores serem mensuradas discrepantemente por gestores, trabalhadores do SUS, setores regulados e pelos próprios atores executores, em toda inserção político e econômica atual.

Neste relato objetiva-se descrever a experiência do recrudescimento do processo laboral da Vigilância Sanitária de um município de pequeno porte frente à atual conjuntura econômico política. Este estudo comparativo descritivo foi desenvolvido no município de Itajuípe-BA, cidade de pequeno porte localizada na região sul da Bahia. Adotou-se como período a análise retroativa do processo de trabalho (2013 a 2016) comparando-o com o espaço-tempo presente (2017).

O resultado descritivo obtido ao se analisar os períodos do estudo demonstram que a logística dispensada a este setor é complexa, mesmo se referindo a um município de menos de 22 mil habitantes haja vista que as ações executadas auxiliam na mudança de padrões e relações



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de produção, intervindo diretamente nos processos de trabalho de setores meio e fim, na política, economia, cultura e sociedade.

A ausência de priorização na logística dispensada a este setor, incluindo a disponibilização de insumos, equipamentos e da própria ambiência do local de trabalho, de 2013 a 2016 impossibilitaram o bom andamento no processo laboral em VISA no período. O processo de trabalho da Vigilância precisa ser associado conjuntamente a uma logística precisa, pois agrupa vários saberes, sendo vasto o conhecimento nas áreas de ação e de apoio que perfilam objetivos muitas vezes dicotômicos (crescimento econômico e proibição de funcionamento), mas que precisam ser reordenados legalmente para minimizar ou anular os riscos sobre a população e meio ambiente.

A abordagem da VISA municipal, foi trabalhada em aperfeiçoamentos ao longo de 15 anos, sendo que em 2011 se tornou diferenciada, sendo vista e sentida pela equipe que atua como algo além, que ultrapassa a humanização instituída, associando o conhecimento da realidade na construção da ferramenta de intervenção que une o poder de polícia (amparado nas bases legais) e a observância das relações humanas nos ambientes regulados e de convívio.

A importância dada pela gestão a VISA municipal de Itajuípe, incluindo o dito anteriori, a exemplo da disponibilização logística dos recursos financeiros, equipamentos e insumos, de 2013 a 2016 e 2017 foram diferenciadas. No primeiro período (2013 a 2016) nota-se um decréscimo cronológico nas ações e intervenções da VISA na sociedade apesar de ter ampliado sua tecnologia leve-dura e atuado fortemente no nível de produção científica (de conhecimento) extramuros e no fortalecimento do setor.

Na rígida arena de convívio (2013 a 2016) as informações não eram integralizadas e excluíam a ação da VISA requisitada, apenas em ações mais complexas. A logística necessária não era mais dispensada ao setor.

Pondera-se ainda que no período de 2017, inversamente ao espaço-tempo anterior, a gestão reconhece a VISA como base do alicerce intersetorial para o processo da construção qualitativa do SUS, envolvendo a equipe da VISA nas mínimas ações e inteirando-a dos processos de saúde a serem construídos e consolidados no território. Tal fato catalisou o recrudescimento e mensuração alta do processo de trabalho dada pelos atores sociais da VISA no direcionamento da sua força de trabalho para um objetivo comum e próprio a todos,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

o de diagnosticar e reduzir ou sanar os riscos sanitários a nível municipal por meio de um esforço conjunto.

Tal fato pode ser mensurado e valorado quantitativamente, pela análise crítica das metas pactuadas nestes períodos, e alcançadas em sua totalidade.

Observou-se neste período, 100% de inspeções realizadas, com aumento na liberação de Alvarás Sanitários devido a conformidades dos setores regulados, ações conjuntas educativas, sociais que beneficiaram economicamente o município e reduziram os riscos de saúde e ambientais no espaço de governabilidade da VISA Municipal.

O crescimento científico, com produção de artigo, apresentação de trabalhos em congressos e simpósios, participação direta em conferências estadual e federal, fizeram com que a VISA de Itajuípe fosse entendida como exemplo e potência, tendo visibilidade a nível estadual.

No ano de 2017, os recursos financeiros destinados a VISA (taxa de arrecadação, contrapartida Municipal e Piso estruturante) teve um percentual disponibilizado em benefício das ações e compromissos do setor.

A análise sanitária realizada de 2013 a 2016 aponta interferência discreta nas dimensões sociais, atuando apenas em problemas e contextos isolados. Este fato não pode ser desmerecido, haja vista que neste período o município viveu momentos de risco iminente, sanados e minimizados diretamente pela ação da VISA (enchentes, estiagem prolongada, etc).

A VISAM, com apropriação do seu processo construtivo de trabalho, elaborou projetos de reestruturação de setores específicos do território e a complementação e readequação do código de postura municipal (sem apoio externo), reconhecendo todo o seu território, desenhando o mapa de risco sanitário e descrevendo anualmente o perfil epidemiológico e socioeconômico, ultrapassando a merialidade das ações básicas, e não menos importantes, do cadastramento, vistoria e inspeção dos setores regulados e recebimento de denúncias.

Com base no contexto político e econômico, da última análise quadri anual, a VISA desencadeou ações, desenhadas por uma parcela de atores sociais (80%), devido à maioria (20%) não mais se enxergarem como co-responsáveis e gerentes de sua força de trabalho ou por estarem desvalorizados e com isso desvalorizaram o serviço e as atribuições a eles atribuídas.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Secundariamente torna-se necessário a re-inclusão destes como atores ativos nos processos decisórios da saúde, valoração da força de trabalho e da produção pela gestão e principalmente a redefinição da malha de atuação territorial dos entes envolvidos na VISA. Considera-se finalmente que a importância atribuída a VISA pela gestão é fundamental para que o processo de trabalho vivo seja recrudescido efetivamente.

O entendimento das subjetividades, singularidades das atribuições de VISA fornece parâmetros para a gestão intervir positivamente neste processo. A logística montada em torno da vinculação da equipe da VISA ao serviço, inserindo-a nas ações do território ação são a chave para o gerenciamento qualitativo das mudanças na realidade de saúde do território, já que esta influencia diretamente as operacionalidades sociais, políticas, culturais, econômicas e ambientais do espaço de atuação.

Portanto, a intervenção harmoniosa e estrategicamente elaborada no processo de trabalho da VISA oportunizam melhorias sustentáveis não só in locus, mas na realidade de saúde local.

Palavras-chave: Força laboral; recrudescimento; Panorama econômico



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

#NOSOTRAS – PREVENÇÃO COM AUTONOMIA

Vania Roseli Correa De Mello, Silvia Andrea Viera Aloia, Loreni Lucas

A Aids continua sendo um dos problemas de saúde pública de maior magnitude na atualidade, registrando números alarmantes em todo mundo. A resposta brasileira à Aids é destaque no cenário internacional e resulta de ações compartilhadas entre o governo federal, estados, municípios e sociedade civil organizada. A taxa de incidência nacional de HIV/Aids, em 2016, foi de 18,5 casos para cada 100.000 habitantes. Apesar da resposta brasileira à epidemia de Aids ser reconhecida internacionalmente como a 'melhor do mundo', sua concentração em alguns segmentos populacionais, aponta a necessidade de se direcionar esforços para a redução das vulnerabilidades. No Rio Grande do Sul essa taxa permanece acima da média nacional, ficando em 31,8 casos para cada 100.000 habitantes. Os coeficientes de detecção continuam indicando Porto Alegre como a capital com o maior número de casos diagnosticados, sendo 65,9 casos por 100.000 habitantes, mais que o dobro da taxa gaúcha e 3,6 vezes maior do que a taxa brasileira. A população com baixa escolaridade é a parcela mais vulnerável ao vírus HIV, especialmente entre as mulheres, o que traz como consequência, um número cada vez mais elevado de gestantes HIV positivas e crianças expostas. A Capital gaúcha apresenta o maior número de casos detectados de HIV em gestantes, com 20 casos para cada mil bebês nascidos vivos, quantidade 7,7 vezes maior do que a taxa nacional e 2,2 vezes maior do que a estadual. A mortalidade por Aids vem em queda gradativa desde a universalização da terapia antirretroviral, no entanto, em 2016, Porto Alegre apresentou 22,4 óbitos para cada 100 mil habitantes, 76,7% superior ao coeficiente nacional. Assim, este trabalho consiste no relato de experiência de oficinas de prevenção, promoção e educação sobre a Prevenção Combinada com pessoas de maior vulnerabilidade social para o HIV/Aids, realizadas durante o ano de 2017 nos Distritos Sanitários Humaitá Navegantes, Ilhas (HNI), que pertencem a Gerência Distrital Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas (GDNHNI), em Porto Alegre, por iniciativa da Associação de Pessoas Vivendo com HIV/Aids do Rio Grande do Sul (APVHA/RS). O objetivo geral do projeto foi a realização de oficinas de prevenção, promoção e educação em saúde sobre a Prevenção Combinada do HIV, em especial com mulheres, adolescentes/jovens em idade reprodutiva, idosas, vivendo ou não com HIV/Aids por meio da articulação das redes da Saúde, Assistência Social e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Educação do território. Entre os objetivos específicos podemos citar: propiciar conhecimento sobre a prevenção combinada em espaços de escuta e diálogo sobre as desigualdades de gênero e seus impactos na prevenção, incentivando o próprio cuidado e mudanças de comportamentos para prevenção do HIV/Aids, IST's, gravidez indesejada e TV; estimular atitudes assertivas frente à condição sorológica, propiciando o aumento da auto-estima; fortalecer e estreitar o vínculo entre as redes da Saúde, Assistência Social e Educação e usuários; agenciar o reconhecimento dos desafios, oportunidades e estratégias para o enfrentamento da epidemia, contemplando tanto o olhar do usuário como o de trabalhadores e gestores envolvidos; incentivar a testagem para o conhecimento de sorologia com informações adequadas sobre Prevenção Combinada e os fluxos e tratamento existentes; sensibilizar sobre os impactos negativos do estigma e da discriminação, quanto à adesão aos serviços e tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids; incitar a participação cidadã e a realização de advocacy das dificuldades/potencialidades da prevenção do HIV/Aids na região. Realizou-se o levantamento dos dados epidemiológicos dos Distritos Sanitários Humaitá Navegantes e Ilhas (HNI), constantes no Relatório de Gestão (2014-2017), seguidos de reuniões preparatórias com as redes da área da Saúde, Assistência Social e Educação do território para compreender o contexto atual do HIV/Aids na região e o estabelecimento das parcerias necessárias. Os objetivos do projeto foram apresentados e pactuados na Comissão Municipal de Saúde da Mulher do Conselho Municipal de Saúde (CMS), nas Unidades Básicas de Saúde - UBS e Estratégias de Saúde da Família – ESF, na associação de bairro, em uma Escola Municipal de Educação Infantil, com o Programa Ação Rua e no Conselho Distrital de Saúde. As oficinas foram preparadas de acordo com o público a ser alcançado, utilizando metodologias e dinâmicas coerentes com o propósito de debater e desenvolver o tema de forma participativa, envolvendo a todos, de modo que cada participante se sentisse à vontade para falar sobre o que sabia, ou não, a respeito do assunto. A partir das falas e escutas produzidas, foram estimuladas reflexões e diagnósticos da situação de saúde da região, buscando fortalecer a autonomia e participação cidadã. Cada oficina teve a duração de 5 horas e, para assegurar a participação efetiva de todos, foram limitadas a participação de 20 pessoas em cada uma delas. Foram realizadas 8 (oito) oficinas de prevenção combinada, uma oficina de preservativos femininos em atividade alusiva ao outubro Rosa e participação nas ações do dia 1º de Dezembro, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), abordando a prevenção combinada e realizando oficinas de preservativo feminino. Os





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

resultados das oficinas foram apresentados em Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e na II Mostra do Controle Social de Porto Alegre. As ações desenvolvidas atingiram diretamente 374 pessoas e, indiretamente, 18.000 pessoas. Dentre os efeitos percebidos cabe destacar o estreitamento do vínculo com a rede de apoio local no reconhecimento dos obstáculos de cada setor e o diálogo aberto na busca de melhorias dos serviços e ações de saúde na região. Foi possível observar também o exercício do direito à saúde por meio do conhecimento e participação nas instâncias de controle social (conselhos locais/distrital, conferências de saúde e comissão de saúde da mulher). A interação com o grupo e as equipes de saúde, assistência e educação, facilitou a discussão sobre as dificuldades de adesão, demandas e problemas de acesso. Os relatos e as trocas de experiências sobre as dificuldades existentes ampliam as possibilidades para maior autonomia sobre seus corpos e as estratégias de enfrentamento das iniquidades de gênero. Apesar de Porto Alegre ter a maior incidência de HIV/Aids do país e a estratégia de prevenção combinada ter sido implantada desde 2013, nos deparamos com coordenações de UBS/ESF e profissionais que ainda desconhecem a estratégia de prevenção combinada. Nesse sentido, foi necessário estabelecer parcerias com profissionais experientes na temática para qualificar as técnicas da implementação da Prevenção Combinada nos serviços. É importante salientar, a excelente adesão ao projeto por parte dos gestores, equipes e usuárias, assim como, os inúmeros convites e possibilidades de dar continuidade as ações através de chamamento de equipes de outras regiões da cidade.

Palavras-chave: HIV/Aids. Prevenção. Autonomia



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A CONTRIBUIÇÃO DA RAPS NO MANEJO NOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

Viviane Lins Araujo De Almeida, Elaine Antunes Cortez, Juliana De Gregório Oliveira, Daniel Laprovita, Bianca Abreu Giestal Filgueiras, Fernanda Bernardo Dos Santos, Fernanda Cardoso Corrêa Póvoa

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com o objetivo de evidenciar a dificuldade do enfermeiro das Estratégia de Saúde da Família (ESF) no manejo dos casos de tentativa de suicídio, seja pelo desconhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou pela não identificação das tentativas de suicídio e seus sinais de alerta resultando na subnotificação das notificações compulsórias e na não captação deste usuário pelos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: SUICÍDIO; ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM; EDUCAÇÃO PERMANENTE



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A DESMITIFICAÇÃO DO CÂNCER MAMÁRIO ATRAVÉS DE UM PROJETO DE PRÁTICAS INTERVENCIÓNISTAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Joyce Caroline Sousa, Josonilton Costa Rêgo, Joelson Dos Santos Almeida, Denys Wanderson Frazão, Felipe Ferreira Dos Santos, Clyslane Alves França, Gabriela Da Silva Araújo, Hugo Jardel De Lima

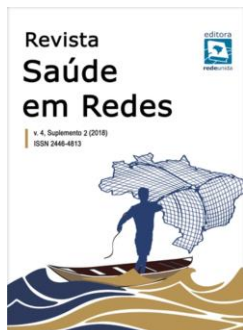
O câncer de mama é um dos tipos de tumores mais frequentes no mundo e o mais comum entre as mulheres. No território brasileiro, a incidência aumenta progressivamente. O controle do câncer de mama tem sua importância, especialmente, em decorrência deste tipo de câncer ainda ser considerado um problema de saúde pública para as organizações de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS), INCA e MS. O câncer de mama possui uma papel devastador no contexto sócio e econômico da paciente diagnosticada com esta neoplasia principalmente por envolver uma região relacionada a feminilidade e a sexualidade e ser cercada de misticismo. O momento de um possível diagnóstico pode comprometer profundamente em dimensões biopsicosocioespirituais, tendo-se a clareza que essa patologia pode provocar em um período de longo ou médio prazo, mutilação da mama e, às vezes, a morte. O SUS é o principal âmbito de atendimento às mulheres no Brasil, devendo estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de doenças mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Entretanto, a deficiência do desenvolvimento de políticas públicas referentes à saúde da mulher, aliado ao desconhecimento da população feminina sobre o câncer de mama e os métodos de diagnóstico, bem como o medo condicionado à neoplasia, ainda contribuem significativamente com o diagnóstico tardio dificultando o tratamento e desestabilizando o emocional da mulher. De forma que, há uma necessidade de fortalecimento da integralidade e da equidade na assistência à população. Diante deste panorama, este projeto visa colaborar com o SUS e com a sociedade em geral complementando ações de prevenção, detecção e tratamento do câncer de mama para redução da mortalidade deste tipo de câncer no estado do Piauí através de intervenção social. A pesquisa a ser realizada neste trabalho pode ser classificada como pesquisa-ação, que possibilita ao pesquisador intervir dentro de uma problemática social, analisando-a e anunciando seu objetivo de forma a mobilizar os



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

participantes a construir novos saberes. A pesquisa-ação a ser desenvolvida será colaborativa a qual pode ser caracterizada pela busca da transformação na qual o pesquisador tem a função de participar e sua pesquisa de promover um processo de mudança. Palestras realizadas por profissionais, pesquisadores e acadêmicos capacitados e com atuação nas áreas de Enfermagem e Radiologia, informando e respondendo a dúvidas referentes ao câncer de mama. Ainda serão realizadas atividades demonstrativas de como realizar o autoexame e da frequência que deve procurar um médico e realizar os exames para prevenção da doença, respostas das dúvidas mais frequentes e os direitos e campanhas públicas que o SUS e o MS ofertam às mulheres. As ações de rastreamento do câncer de mama que visam a cada dia uma identificação cada vez mais precoce da doença por meio de imagens e menos por sintomas, ampliando-se as possibilidades de intervenção conservadora e de prognóstico favorável. Dessa forma, a relevância da mamografia é colocada em foco, muito embora tenha uma conotação não muito agradável pelas pacientes, que referem dor, ansiedade, desconforto durante a realização do exame, sua excelência em diagnosticar precocemente essa neoplasia é reconhecida mundialmente. O que fez o projeto ter como um pilar a informatização a respeito dos exames preventivos, para a conscientização da mulher frente ao que previne o câncer mamário. A execução de um projeto de intervenção comunitária na saúde da mulher tem como objetivo apresentar ações de educação em Saúde que possam intervir nos processos que comprometem a saúde da mulher através de uma política pedagógica que busca promover melhoria da atenção a saúde, estimulando a participação da população por meio de rodas de conversas, encontros, debates e palestras educativas, contribuindo para que as ações em saúde seja uma meta de todos os profissionais que trabalham em contato com o público feminino, e não apenas daqueles, que atuam em programas específicos de prevenção. Ao analisarmos os programas e planos governamentais para o controle e o rastreamento do câncer de mama, podemos evidenciar as contribuições que eles podem oferecer à população mais carente e totalmente dependente do SUS. Devemos, contudo, também ter em mente que restrições, do ponto de vista da adesão a esses programas e planos por parte dos gestores de saúde, assim como da própria população alvo são os grandes limitadores de sucesso em nosso país. Apoiado essa ideia e, a fim de possibilitar uma informação mais precisa para as mulheres carentes de recursos, vimos à necessidade do investimento em pesquisas e ações em prol de um sistema informativo comunitário, colocando à disposição de forma clara e concisa a implementação



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de um aplicativo explicativo, além de tentar motivar a mulher por meios de esclarecimentos em palestras, cartilhas e demonstrações táteis-visuais na busca pela sua saúde. E a partir dos resultados encontrados, o projeto desenvolverá um aplicativo para celulares com as principais informações sobre o tema, trazendo demonstrativos de como realizar o autoexame e da frequência que deve procurar um médico e realizar os exames para prevenção da doença, respostas das dúvidas mais frequentes e os direitos e campanhas públicas que o SUS e o MS ofertam à mulher. Fator que se estende às mulheres, estudantes, profissionais e a todos aqueles interessados em aprofundar sua percepção a cerca do tema. A temática que circunda o câncer de mama é revestida de múltiplos aspectos sejam estes sociais, culturais, religiosos e ou econômicos. A grande maioria dos casos revelados anualmente já encontram-se em estadiamento avançado e com a mama feminina bastante comprometida. A disseminação de práticas de prevenção e ou detecção precoce do câncer de mama são vitais para esclarecer que prevenir é sempre a melhor atitude e que no mínimo sinal de alterações em qualquer função corporal deve-se imediatamente buscar ajuda médica. A educação em saúde voltada para a mulher requer uma abordagem reflexiva que considere a compreensão das mesmas no seu contexto social, de acordo com suas crenças, valores e saberes, para que lhe seja favorecida a autonomia do cuidado com sua saúde.

Palavras-chave: câncer mamário; pesquisa ação; diagnóstico precoce



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A DINÂMICA DAS RELAÇÕES FAMILIARES DOS INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS POR UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO OESTE DA BAHIA.

Anchielle Crislane Henrique Silva, Andressa Karine da Silva, Virna Borges Batista

Última alteração: 2018-01-25

Resumo

A esquizofrenia é um transtorno mental, que apresenta diversos tipos de sintomas, surgindo frequentemente em forma de delírios, alucinações e entre outros. Deste modo está classificada como uma doença crônica que gera um grande impacto não apenas na pessoa com a doença, mais principalmente no âmbito familiar, área social e financeira. Os familiares da pessoa com esquizofrenia devem participar de forma intensa no tratamento, ajudando a desenvolver sua autonomia para se reinserir ao convívio social. Em alguns casos há resistências e recriminação, da família ocorrendo um grande envolvimento emocional, falta de informação a cerca do transtorno podendo gerar recaída ao paciente e uma família disfuncional. O indivíduo com esquizofrenia deve continuar inserido na família e na sociedade em geral, e para que isso ocorra é necessário realizar pelos profissionais de saúde acompanhamentos e cuidados. Sendo a família um dos pontos centrais de todo o processo de evolução no tratamento. E é com este intenção que o presente trabalho se desenvolveu, esclarecendo a importância da família no tratamento de pacientes com transtornos mentais, tendo objetivo de identificar e analisar como são as dinâmicas das relações das famílias que convivem com indivíduos com esquizofrenia, destacando dessa forma as ações que têm sido desenvolvidas pelos profissionais no CAPS para a ressocialização dos pacientes com esquizofrenia na família, e identificar se as famílias compreendem a importância de estar seguindo o tratamento do membro familiar. Diante disso, estima-se que há um interesse da família em conhecer melhor o transtorno, percebendo que a pessoa não é a única responsável pela sua condição, pois faz parte de um processo de adoecimento. Trata-se de um estudo de campo do tipo qualitativo exploratório tem como objetivo identificar e analisar como são as dinâmicas das relações das famílias que convivem com indivíduos com transtorno esquizofrênico atendido por um CAPS no Oeste da Bahia, estima-se verificar se as famílias compreendem a importância de estar acompanhando o tratamento do membro



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

familiar com esquizofrenia, destacar as ações que têm sido desenvolvidas no CAPS para a ressocialização dos pacientes com esquizofrenia na família e verificar a importância da família em conhecer o transtorno de esquizofrenia. Almeja-se com a criação desse material que a família possa orientar-se aos problemas que poderão vivenciar e que sejam estimuladas a buscarem o tratamento, dessa forma, dispõem do ambiente familiar uma continuação nos modelos básicos do tratamento, como atendimento das necessidades básicas, continuidade na medicação adequada, apoio e afeto para reinserção gradual à socialização, tendo um olhar voltado para o processo coletivo, de pessoas que dispõem de diferentes maneiras de pensar, incluindo os cuidados com a saúde, e a forma como lida frente as dificuldades enfrentadas. Tentando buscar as necessidades de um determinado grupo. Isso significa que o profissional trabalha de acordo com a realidade local, a partir de demandas encontradas em uma comunidade específica. Nesse sentido, o resultado da pesquisa ainda é parcial considerando que a pesquisa não foi finalizada.

Palavras-chave: Esquizofrenia, relações familiares, CAPS.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA: O MANEJO DA DOENÇA E O DO DOENTE

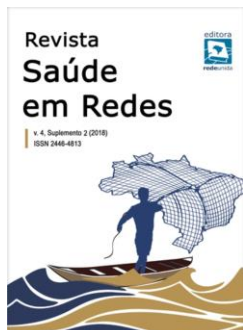
Renata Simões Monteiro

**Apresentação:** Há várias definições para a palavra diagnóstico. Na linguagem médica, ela diz respeito ao ato ou ação de encontrar ou determinar uma doença a partir da descrição de seus sinais e sintomas, buscando identificar a origem e a natureza da afecção. Na ortopedia, a identificação do problema ortopédico leva a escolha da terapêutica mais adequada e o manejo do paciente é bastante semelhante, já que o objetivo é tão somente corrigir o distúrbio, caracterizando essa especialidade como uma área bastante específica e direta. Falar sobre diagnóstico na atmosfera da enfermagem remete ao cuidado holístico proveniente da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é a base para sua assistência. Os diagnósticos de enfermagem servem como ponto de partida para a elaboração do plano de cuidados concebido após identificação de sinais e sintomas e do exame físico do paciente, seja em qualquer especialidade. Enquanto o diagnóstico médico prima pela delimitação da doença, o diagnóstico de enfermagem (DE) serve de planejamento para o cuidado do doente de forma integral. Sendo a ortopedia uma especialidade deveras uniforme em seu padrão de tratamento clínico-cirúrgico, questiona-se: pacientes com o mesmo diagnóstico médico possuiriam os mesmos diagnósticos de enfermagem? Para responder a esse questionamento, foi necessário analisar alguns aspectos da abordagem médica e correlacionar com os diagnósticos de enfermagem. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi analisar se o diagnóstico de enfermagem sofre influência direta do diagnóstico médico.

**Desenvolvimento:** Tratou-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital do oeste do Pará, considerado de referência em média e alta complexidade no baixo Amazonas. Os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes e com auxílio de um formulário geral, baseado na SAE, foram colhidos os dados para a formulação dos diagnósticos de enfermagem. A amostra de pesquisa totalizou 108 indivíduos internados em enfermaria ortopédica durante 7 de janeiro a 17 de fevereiro de 2017. Utilizou-se os softwares Microsoft Excel 2010 e o BioEstat-5.4 para análise estatística. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus XII Santarém, sob o parecer de nº 1.792.760.

**Resultados:** Sobre o perfil dos





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

participantes 53,7% eram do sexo masculino e 46,3% do sexo feminino. A média de idade foi de 27,6 anos. O estado civil predominante foi o de Casado correspondendo a 61% da amostra. Quanto à cor, 72% se declararam Pardos. A escolaridade mais frequente foi de indivíduos com Ensino Médio Completo equivalente a 39% dos participantes, com renda familiar de até 2 salários mínimos representando 64% dos envolvidos. 59% da amostra eram naturais de Santarém – PA, enquanto 49% eram de cidades circunvizinhas. Todos os 108 participantes foram submetidos a pelo menos um procedimento cirúrgico ortopédico e no total foram realizadas 118 cirurgias, tendo em vista que alguns pacientes foram submetidos a mais de uma cirurgia corretiva. Identificou-se 13 diagnósticos médicos diferentes. Estes foram agrupados em três grandes categorias: Fratura, Lesão intrarticular e Pseudoartrose. O diagnóstico de Fratura foi o mais frequente e esteve presente em 88% da amostra, correspondendo a 95 pacientes. Todos os pacientes com diagnóstico de fratura realizaram como procedimento cirúrgico a Osteossíntese e foram medicados com analgésicos não esteroidais (pré, pós-operatório imediato e tardio), anticoagulantes (pré-operatório), opioides (pós-operatório imediato), antibióticos (pré, pós-operatório imediato e tardio) e antieméticos (pós-operatório imediato). Dentre os diagnósticos de Fratura, a fratura de fêmur foi a mais incidente representando 32,6% (31 pacientes). O período de internação de todos os pacientes com fratura de fêmur foi de 72h. A terapêutica médica para esse tipo de disfunção foi exatamente a mesma para todos os pacientes que a possuíam. Dentre os diagnósticos de enfermagem dos pacientes com fratura de fêmur, o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada e Integridade Tissular prejudicada estiveram presentes em 100% da amostra, fator relacionado à incisão cirúrgica necessária. Todos os pacientes também foram diagnosticados com Dor aguda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Conforto prejudicado, Déficit no autocuidado para banho, Déficit no autocuidado pra higiene íntima e Déficit no autocuidado para vestir-se. Entretanto, dos 31 pacientes, apenas 87% (27 pacientes) foram diagnosticados com Sentar-se prejudicado, 83,8% (26 pacientes) obtiveram diagnóstico de Padrão de sono prejudicado, 80,6% (25 pacientes) apresentaram Conforto prejudicado, 64,5% (20 pacientes) desenvolveram Ansiedade e somente 41,9% (13 pacientes) apresentaram o diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional e Constipação, além disso, o percentual de 32,2% (10 pacientes) foi diagnosticado com Retenção urinária e Náusea no pós-operatório imediato. Os seguintes diagnósticos foram



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

identificados em 3,2% (1 paciente) da amostra: Síndrome do idoso frágil, Baixa autoestima situacional, Disfunção sexual, Hipotermia e Sentimento de impotência. No grupo de pacientes com fratura de fêmur, foram identificados 22 diagnósticos de enfermagem diferentes, descritos acima, dos quais 9 (40%) foram comuns à todos e 13 (60%) foram específicos de alguns indivíduos. Diferenças como essa também foram percebidas durante análise das demais categorias de diagnóstico médico (Lesão intrarticular e Pseudoartrose). Pode-se identificar que o esquema de tratamento e manejo médico é extremamente análogo comparado ao exercício da enfermagem sobre formulação do diagnóstico de enfermagem, o qual se mostra mais flexível e dinâmico. Considerações finais: O estudo mostrou que os diagnósticos de enfermagem não sofrem influência direta da conduta de atendimento e manejo médico, diferenciando-se pelo dinamismo com que os dados são colhidos e interpretados, como requer o processo de enfermagem, não estando fadados à inércia clínica. Isso se explica em função da essência da enfermagem não estar focalizada na atividade meramente curativa e corretiva, como é típico do tratamento médico em ortopedia na média e alta complexidade. A ciência do cuidado da enfermagem é holístico e engloba inúmeras características dos aspectos bio-psico-sócio-espirituais, descritos nas variadas teorias de enfermagem que destacam a pessoa como foco principal, e não a doença. Nessa perspectiva, os diagnósticos de enfermagem são elaborados mediante percepção das alterações e padrões de saúde do paciente, as quais podem ser momentâneas e focais, requerendo a análise diária de alterações para a formulação dos diagnósticos e prescrição do plano de cuidados, permitindo sua avaliação e evolução clínica. Destaca-se, ainda, que o número de estudos sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes ortopédicos, ainda é bastante escasso e faz-se necessário a realização de mais estudos sobre esse tema. Na busca para melhor atender à clientela, o enfermeiro deve utilizar-se dos diagnósticos de enfermagem, com o objetivo de melhorar cada vez mais a qualidade do seu trabalho, fundamentado em conhecimentos científicos, uma vez que esses diagnósticos permitem a identificação das necessidades de cuidados sobre os quais é preciso intervir.

Palavras-chave: Diagnóstico, diagnóstico de enfermagem, ortopedia, ciência, cuidado.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO PARTO: DIREITO DA GESTANTE E REFLEXÕES SOBRE A SUA EFETIVAÇÃO.

Kelly Regina Ribeiro de Souza, Luciano Pereira de Souza, Marcelo Lamy, Fernando Reverendo Vidal Akaoui

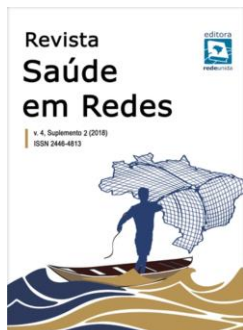
### APRESENTAÇÃO

O objetivo do presente trabalho é discutir/demonstrar a necessidade da gestante ser devidamente orientada durante a assistência pré-natal a escolher substituto para o caso de impossibilidade da presença do seu acompanhante por ocasião do parto, especialmente quando se tratar de parto natural. Essa necessidade de orientação pré-natal quanto à escolha de ao menos dois nomes pela gestante surge como exigência para a efetivação de direitos fundamentais da mulher, como também para o cumprimento da legislação brasileira e atendimento do programa nacional de humanização do pré-natal e do parto no âmbito do SUS. O trabalho também pretende estabelecer diálogo interdisciplinar entre as ciências da saúde e o direito, na medida em que busca fundamentos jurídicos para uma ação de saúde baseada em evidências científicas que reconhecem os benefícios da presença do acompanhante durante o trabalho de parto.

### DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

A proposta deste trabalho surgiu a partir de estudo de caso da autora principal, realizado por ocasião de estágio de formação em especialização na área de enfermagem obstétrica. No caso em referência a parturiente foi admitida em centro de parto natural desacompanhada, pois a única pessoa que escolheu para acompanhá-la estava incomunicável e não se fazia presente por ocasião da admissão. Tratava-se de gestante em situação de vulnerabilidade (adolescente de baixa renda, moradora em periferia de grande centro urbano, “menor aprendiz”, atingida pela violência – seu companheiro e genitor do RN fora vítima de homicídio) que se viu privada de acompanhante e do seu correspondente direito durante boa parte do trabalho de parto, situação que poderia ter sido evitada se a gestante tivesse sido orientada no pré-natal a escolher acompanhante e seu substituto.

Utilizando técnica de pesquisa bibliográfica e documental foi realizada análise interpretativa da legislação em vigor, de atos normativos do Ministério da Saúde e documentos da OMS -



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Organização Mundial da Saúde. O procedimento argumentativo e o método dedutivo foram empregados para validar a afirmação de que a presença de acompanhante no trabalho de parto, além de ser indicada pelas ciências da saúde, é um direito fundamental da gestante e, como tal, constitui dever do Estado e dos serviços particulares de assistência à saúde, por força da eficácia horizontal dos direitos fundamentais. Por fim, como forma de dar efetividade a este direito e a partir da análise de caso concreto foi discutida a necessidade de se orientar a gestante a escolher acompanhante e substituto.

### RESULTADOS

A pesquisa revelou que a OMS reconhece como prática violadora dos direitos humanos da mulher, entre outras, a restrição de acompanhante durante o trabalho de parto.

No Brasil, a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a chamada Lei Orgânica da Saúde, estabelece no âmbito da rede própria e conveniada do SUS a obrigação de “permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (Artigo 19-J, caput), cabendo à parturiente a indicação desse acompanhante (Artigo 19-J, §1º);

A lei em comento estabelece ainda que o Poder Executivo definirá, por meio de regulamento, “as ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos” instituídos pela lei em comento (Artigo 19-J, §2º), o que foi feito, ao menos em parte, por meio da Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde.

A portaria ministerial, além de estabelecer o período de pós-parto imediato como o lapso temporal de 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico, também inclui as despesas com acomodação adequada e as principais refeições ao acompanhante, observados os procedimentos formais para o pagamento/reembolso do estabelecimento de saúde pelo SUS, de acordo com valores das tabelas vigentes.

Para a efetivação desse direito da parturiente a lei acima citada estabeleceu o dever de informar por parte do serviço de saúde, tornando obrigatória a manutenção de aviso nas dependências dos hospitais de todo o país, em local visível, informando sobre o direito da parturiente estar acompanhada por acompanhante (Artigo 19-J, §2º). O cumprimento dessa obrigação de fornecer informação ostensiva poderia ser objeto de outro estudo, uma vez que não se costuma visualizá-la nos serviços de saúde.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Também se observou que uma das condições necessárias para a realização do parto humanizado, é justamente “assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita”, conforme estabelece a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O parto humanizado, conforme a OMS, pressupõe a adoção de condutas e procedimentos que observem o processo natural de nascimento e evitem riscos desnecessários para a mãe e o nascente.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização no cotidiano do serviço de saúde, pelo que se viu nesse trabalho, exige reflexão contínua e avaliação constante das práticas adotadas, inclusive a partir de referenciais teóricos e de conhecimentos interdisciplinares.

Assim, como a lei impõe aos estabelecimentos de saúde o dever de informar a parturiente sobre o seu direito ao acompanhante, constitui corolário lógico dessa regra legal o dever dos profissionais da saúde ofertarem essas informações durante o pré-natal, esclarecendo a parturiente a respeito dos benefícios da presença do acompanhante, conforme o preâmbulo da Portaria MS 2418/05, a saber, “reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação”.

Isso é necessário para que a gestante saiba com antecedência que pode se fazer acompanhar por pessoa da sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, tendo a oportunidade de avisar o seu acompanhante e um substituto, para o caso de impossibilidade do acompanhante. De muito pouco adianta outorgar um direito, sem assegurar as condições necessárias para o seu exercício, incluindo, mas não somente, o dever de prestar informação.

Aliás, a informação adequada, completa e compreensível sobre uma intervenção médica ou outro atendimento na área da saúde constitui condição necessária para preservar outro direito fundamental, que é a liberdade de autodeterminação do paciente.

Palavras-chave: Direitos da gestante; acompanhante; parto humanizado; dever de informação.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A PROMOÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA TERCEIRA IDADE POR MEIO DA ACADEMIA AO AR LIVRE

Ricardo Cezar Ramalho, Osmar Pereira dos Santos, Gabriella Bandeira Araújo de Paraízo, Iel Marciano de Moraes filho, Sandra Rosa Souza Caetano, Aline Aparecida Arantes, Clarice Carvalho dos Santos, Cristhiany Araújo Nunes

Apresentação: A velhice é uma etapa vital que, atualmente vem sendo prolongada, mas as limitações interferem na qualidade de vida do idoso em frente a alguns desafios, como a perda progressiva de aptidões físicas e capacidade funcional, aumentando o risco do sedentarismo, que limita a capacidade do idoso para realizar, com vigor, as suas atividades do cotidiano e colocam em maior vulnerabilidade a sua saúde e aptidão física. Objetivo: compreender e analisar a contribuição das academias ao ar livre como estratégias para a promoção da saúde e qualidade de vida de usuários e para a população da terceira idade. Desenvolvimento: Como método de estudo optou-se por pesquisa bibliográfica qualitativa de forma descritiva. Feitas pesquisas nos bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos sites: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e outras revistas eletrônicas, além do das consultas ao acervo da biblioteca da Faculdade União de Goyazes, para o levantamento de artigos científicos. Foram selecionados, lidos e analisados 14 artigos, no recorte temporal de 2008 a 2016. Resultados: O IBGE (2013) estima-se que a população de idosos no Brasil, para o ano de 2050, seja de 29,7% do total da população brasileira, isso mostra que o Brasil ficará em um patamar superior ao da Europa e se aproxima ao do Japão, em relação a população de idosos. E é neste cenário entra os profissionais de educação física e o Projeto Academia ao Ar Livre. Cada vez mais o Projeto Academia ao Ar Livre vem trazendo a ideia de levar aos indivíduos sedentários, ou que nunca praticaram nenhuma atividade física a poderem praticar exercícios diariamente, agregando o lazer a prática de atividades físicas e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. A implantação das academias ao ar livre em praças e em determinados pontos da cidade, contribuíram para um melhor acesso da população ao lazer. No entanto, para o sucesso destas academias faz-se necessário que os profissionais conheçam os principais aparelhos, posição de execução dos exercícios, principais músculos trabalhados, recomendações e cuidados no método e treinamento a ser aplicado nas academias ao ar



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

livre. Os principais aparelhos são: Simulador de Cavalgada Duplo, Simulador de Caminhada Duplo, Jogo de Barras, Simulador de Escada Duplo, Abdome Duplo, Multiexercitador Seis Funções. A prática de exercícios físicos promove uma melhoria generalizada no organismo do idoso, incluindo benefícios cardiorrespiratórios, diminuição do risco de doenças crônicas degenerativas, diminuição da gordura corporal, aumento da densidade mineral óssea e do volume muscular, evitando fraturas corriqueiras e sérias, além de melhorar a sua qualidade de vida. Considerações Finais: Identificou-se que no sentido de uma “Promoção do Envelhecimento Saudável”, a academia ao ar livre pode contribuir para com essas mudanças ajudando a prevenir doenças, a viver com qualidade, manter o organismo saudável e mais jovem do que aponta a idade cronológica, mesmo com a existência de algum problema de saúde. E que a profissão de educação física contribui muito com as políticas de saúde públicas.

Palavras-chave: Terceira Idade; Promoção da Saúde; Academia ao ar Livre.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A TEORIA DA ADAPTAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ABORDAGEM VOLTADA À CIPESC.

Jaqueline Pinheiro Morais, Ruhan da Conceição Sacramento, Alícia Laura Lobo Modesto, Beatriz Duarte de Oliveira, Larissa Renata Bittencourt Pantoja, Marcos José Risuenho Brito, Mattheus Lucas Neves de Carvalho, Margarete Feio Boulhosa

**APRESENTAÇÃO:** A teoria da adaptação de Callista Roy possui o homem como foco e seu objetivo é ,promover a adaptação do mesmo em situações de saúde e doença. Desse modo, entende-se que as pessoas são sistemas adaptativos vivos que apresentam comportamentos classificados como respostas adaptativas ou ineficientes. A teoria detém quatro elementos fundamentais, tais como: a) a pessoa; b) o ambiente; c) a saúde; e d) a enfermagem. Esses quatro elementos inserem-se nos cuidados de enfermagem, os quais são designados a um receptor. Nesse contexto, ressalta-se o elemento pessoa, pois o mesmo apresenta quatro modos adaptativos, os quais interferem nos processos de adaptação, como: a) Fisiológico; b) Autoconceito; c) Função do Papel e d) Interdependência. Realizar a adaptação à uma nova condição clínica é uma ação que deve acontecer gradualmente. Assim, é imprescindível que a relação usuário-equipe de saúde se dê de modo adequado. Nessa conjuntura, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) surge como mecanismo que viabiliza a adequação as situações apresentadas pelo usuário, pois possibilita traçar os diagnósticos de enfermagem relacionados à pessoa, os quais desempenham influência na promoção a saúde e prevenção de doenças do mesmo e da coletividade que o cerca. Desse modo, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência vivenciada por acadêmicos acerca da prestação de cuidados de enfermagem na saúde coletiva em consonância com a Teoria da Adaptação utilizando os preceitos da CIPESC.

**DESENVOLVIMENTO:** O presente estudo trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em Belém do Pará ocorrido no mês de abril de 2017. A atividade foi estruturada na visita a USF, onde os discentes obtiveram o caso de uma usuária hipertensa em controle no programa HIPERDIA, realizando a Consulta de Enfermagem, alicerçada no Processo de Enfermagem (PE). Desse modo, foi possível perpassar pela anamnese e exame físico, apurando as devidas informações para estabelecer os Diagnósticos de Enfermagem (DE), as intervenções





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e avaliação de enfermagem. Sendo assim, utilizou-se como referencial teórico, a Teoria da Adaptação, por meio da qual deu-se foco aos elementos essenciais da teoria como modo fundamentador aos Diagnóstico de Enfermagem, visando atender as demandas que interferiam no processo saúde-doença da usuária. Dessa maneira, o estudo do caso obtido propiciou a construção do plano de cuidados, o qual foi embasado de acordo com o inventário vocabular da CIPESC culminando, portanto, na sistematização da assistência à usuária, bem como a coletividade que a cerca. RESULTADOS: Conforme a Consulta de Enfermagem, destacam-se como resultados iniciais os dados pertinentes colhidos por meio do PE, tais como: a usuária mora em casa de alvenaria onde residem seis pessoas, a mesma está em reforma, pois afirma que morar sozinha irá ajudar a adaptar sua alimentação. Possui dois filhos, um do sexo masculino que reside com ela e outra do sexo feminino que mora na França. Comunica-se frequentemente com os filhos, encontrando dificuldade em se comunicar com a filha. Aceita dieta por via oral, realizando quatro refeições ao dia, ingerindo pouca quantidade de alimento em longos períodos de tempo. Ingerir pouca quantidade de água durante o dia. Apresenta irregularidade em seu sono devido à cefaleia proveniente da pressão arterial e à preocupação que sente com a filha que mora em outro país. Faz uso de anti-hipertensivo há cinco anos (Propranolol: um comprimido de 40mg de 12/12h). Relatou princípio de acidente vascular encefálico duas vezes. Portanto, após análise dos dados obtidos por meio da investigação realizada na consulta, tem-se como resultados os diagnósticos de enfermagem estabelecidos de acordo com os preceitos da CIPESC de modo a proporcionar a adaptação com base na teoria de Roy, visando os elementos essenciais que fundamentam a mesma, sendo eles: a) pessoa; b) o ambiente; c) a saúde e d) a enfermagem. Desse modo, os diagnósticos traçados foram Ingestão alimentar alterada; Apoio familiar prejudicado e Vínculo mãe e filho comprometido. Tais diagnósticos interferem diretamente na adaptação da usuária à sua condição clínica de hipertensão e se relacionam com os elementos essenciais da teoria em questão. Sendo assim, o DE referente à ingestão alimentar alterada se relaciona com o elemento pessoa repercutindo em alguns modos adaptativos, como o modo fisiológico no aspecto referente à nutrição e o de autoconceito à medida que a imagem corporal da usuária atinja os padrões estabelecidos de acordo com sua altura e peso. O elemento ambiente se faz presente pois ouve a preocupação com a avaliação do meio socioeconômico no qual a usuária está inserida para a adaptação da dieta à sua condição clínica, pois o mesmo pode desempenhar influências na adesão da alimentação adequada.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A saúde da usuária atingirá satisfatória adaptação de acordo com o alcance dos resultados de enfermagem. A enfermagem atua de modo a possibilitar a promoção das respostas adaptativas por meio das intervenções de enfermagem. Em relação ao diagnóstico de apoio familiar prejudicado, a usuária – como elemento pessoa – encontra-se afetada diretamente pela ausência de apoio da família no que tange a questões ligadas à alimentação, interferindo nos modos adaptativos fisiológico e de interdependência. O ambiente, nesse caso, atua como fator estimulante para a não adequação da alimentação diante do apoio familiar prejudicado. Portanto, a saúde apresenta-se comprometida diante do contexto no qual a usuária está inserida. Desse modo a enfermagem deve intervir de maneira a promover as respostas adaptativas necessárias por meio das intervenções de enfermagem prescritas no plano de cuidados, como exemplo, visita domiciliar à família com foco na educação em saúde. Durante a realização da anamnese a usuária relatou dificuldade de comunicação com a filha que mora na França, tornando evidente o diagnóstico de vínculo mãe e filho comprometido. Nesse contexto, os modos adaptativos fisiológico e de interdependência estão afetados, ocasionando ansiedade e cefaleia recorrente. Os estímulos advindos do ambiente tornam propício o comprometimento do vínculo entre a usuária e sua filha culminando no quadro de ansiedade interferindo sobre o elemento saúde, tendo em vista a condição clínica da usuária. Diante das intervenções de enfermagem, além de favorecer o contato e vínculo adequado, espera-se atenuar os fatores que geram a ansiedade e suas intercorrências por meio da sugestão de atividades que favoreçam a distração, como participar de grupos de pintura, dança ou outras atividades ofertadas pelo centro comunitário. Desse modo, percebe-se a relação dos elementos da teoria da adaptação, como a pessoa e seus modos adaptativos, o ambiente e a saúde, os quais culminam no último componente que é a enfermagem, em que a mesma irá desempenhar seu papel por meio de suas intervenções. Diante disso, a utilização da teoria da adaptação com a CIPESC, auxiliaram na sistematização da assistência de enfermagem na saúde coletiva traçando diagnósticos de enfermagem, cujas intervenções viabilizarão a adaptação da usuária e da família as mudanças necessárias.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, sistematizar a assistência de enfermagem na atenção básica, torna-se uma prática imprescindível no cotidiano de trabalho da enfermagem ao utilizar uma teoria de enfermagem, como a Teoria da Adaptação, aliado aos mecanismos como a CIPESC; pois, facilita a prestação de cuidados ao usuário da saúde coletiva. Dessa



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

maneira, cabe a esse trabalho um papel importante no auxílio do desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem no contexto da atenção primária.

Palavras-chave: Teoria De Enfermagem; Atenção Primária À Saúde; Diagnóstico De Enfermagem



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A ARTETERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO COGNITIVO E MOTOR À IDOSOS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Ilana Sudária de Oliveira Ribeiro, Adriele Cristine Sacramento Da Silva, Elielson Paiva Sousa, Emilly Melo Amoras, Leila Cristina da Silva Martins, Márcia Juliana da Silva Sampaio, Daiane Souza Fernandes

Apresentação: O processo de envelhecimento é algo fisiológico e está relacionado à perda gradativa das funções do corpo humano. Quando isso acontece em circunstâncias naturais sem proporcionar nenhum problema para a pessoa, dá-se o nome de senescência. Entretanto, quando ocorre alguma intercorrência nesse processo e resulta em alguma condição patológica necessitando de assistência, denomina-se senilidade. Diante deste processo de envelhecimento, algumas pessoas idosas são cometidas por diversas doenças e danos crônicos, que podem promover a perda ou redução das funções motoras e/ou psíquicas e cognitivas, tornando imprescindível o acompanhamento frequente dessa pessoa. A atividade cognitiva envolve a atenção, memória, orientação, julgamento, raciocínio e resolução de problemas. Já a parte motora, está encarregada pela marcha, postura e movimentos dos membros inferiores e superiores. As modificações cognitivas e motoras podem levar a incapacidades, que diminuem a atuação deles na sociedade. Essas condições podem atingir as funcionalidades do organismo, o que dificulta o desempenho das atividades diárias, comprometendo a autonomia e independência dessas pessoas. A Política Nacional da Pessoa Idosa prevê a assistência integral e multiprofissional justamente para que se trabalhe a autonomia, independência e capacidade funcional dos idosos. Assim, a preservação das atividades cognitiva e motora são essenciais para a autonomia e a atividade funcional dos idosos. Para isso, praticar regularmente exercícios físicos, bem como, atividades diárias, além de jogos, atividades manuais ou arteterapia têm a capacidade de prevenir, minimizar e/ou reverter muitos dos agravos na função motora. Também pode contribuir para diminuir os fatores estressores, estimular o convívio, treinar as funções psíquicas e cognitivas, sendo fundamental na preservação e promoção da saúde mental do idoso. Portanto, o presente estudo tem o objetivo estimular o desenvolvimento de atividades motoras e cognitivas, bem como a integração social de idosos pertencentes à um grupo de convivência. Desenvolvimento do trabalho: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que ocorreu no período de 13 à 19 de dezembro de 2017, durante as aulas práticas da disciplina Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso, em uma Unidade Municipal de Saúde, localizada no município de Belém-PA. A oficina foi realizada por alunos do terceiro semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pará. O estudo foi realizado com idosos, a partir dos 60 anos, que integram um grupo de convivência pertencente à um projeto de extensão denominado idoso saudável, o encontro ocorreu em uma sala no Lar Fabiano de Cristo, localizado em Belém do Pará. Com a finalidade de sistematizar as ações que seriam implementadas com essas pessoas, foi elaborado um plano das ações utilizando a ferramenta 5W2H, que é uma metodologia que possibilita a organização das ideias e orienta na construção de planos de ação que serão implementados. Assim, para a realização das atividades foram utilizadas tecnologias de classificação leve-dura e leve, servindo como método facilitador das atividades. A oficina foi elaborada com as seguintes ações: Espírito Natalino Em Ação Com Arte Manual, que inclui a confecção de anjos natalinos e árvores natalinas de papéis. No primeiro momento da oficina apresentou-se o significado de cada símbolo natalino, e em seguida, de forma dinâmica foi desenvolvido as atividades manuais, os facilitadores da atividade se dividiram em 4 grupos e cada discente ficou responsável de ajudar os idosos ali presentes. Resultados e/ou impactos: Os resultados das dinâmicas foram positivos, alcançando os objetivos esperados de estímulo cognitivo, motor e integração social, o que contribuiu para evolução dos discentes e para o aprendizado dos participantes, assim como, estimulou a criatividade, resolução de problemas, raciocínio e julgamento, bem como a parte motora dos membros superiores de cada um dos presentes. Os idosos se mostraram interessados pelo assunto e deixaram seus materiais com a sua singularidade. A medida que as atividades eram implementadas, eles explanavam a todo momento a respeito do tema, os presentes foram participativos e dispostos a realizarem todos os procedimentos da melhor forma. O interessante foi perceber a percepção de resolutividade dos idosos, pois os mesmos deram ideias que solucionavam os problemas que foram surgindo. A exemplo disso, de início para a atividade da elaboração dos anjos, realizada no Lar Fabiano de Cristo, foi proposto o uso de cola, no entanto, percebeu-se que o número de colas disponíveis eram insuficientes e aliado a isso o tempo da ação era bem curto e ela demorava a secar, diante disso alguns idosos deram a ideia de se usar grampeadores e fitas dupla face, também sugeriram que fosse colocado fios nos anjinhos de modo que pudessem pendurá-los nas suas árvores de natal, nas suas residências. De maneira geral, foi percebido a participação integral de todos,



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

até mesmos os que chegaram atrasados faziam questão de confeccionar seus enfeites natalinos, bem como foi notório a capacidade de novos olhares para a construção dos objetos, além da percepção de resolução de problemas, sem contar a inter-relação de todos, uma vez que os idosos mais ativos ajudavam os que tinham certas dificuldades. Considerações finais: Assim, pode-se concluir que as atividades manuais são ferramentas eficazes, pois estimulam a memória, criatividade, bem como a função motora, portanto os profissionais de saúde, podem utilizá-las para promover o estímulo da função motora e cognitiva das pessoas idosas, o que possibilitará a troca de conhecimento, experiência, convívio entre eles e a prestação de educação em saúde, que são fatores importantes para a promoção da saúde e qualidade de vida do paciente. O profissional enfermeiro tem papel fundamental durante o processo de estímulo cognitivo, devendo sempre ter um olhar holístico sobre o paciente, de modo a identificar declínios cognitivos e motores para a elaboração de um plano de cuidados adequado que venha a estimular as funções cerebrais. A arteterapia entra no plano de cuidados justamente com esse objetivo de manter a funcionalidade, a capacidade motora, além de estimular a cognição e memória ativa nos idosos. As atividades de arteterapia oferecem uma sensação de conforto e relaxamento, proporcionando sentimentos agradáveis e fazendo o resgate de emoções, além de melhorar a cognição, essas atividades ocasionam melhora na saúde mental, muitas vezes revertendo casos graves. Todas essas ações proporcionam um resultado final de melhora na qualidade de vida da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Educação em Saúde



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A CADEIA DE VALOR EM SAÚDE: DISCUTINDO VALOR PARA O USUÁRIO DA APS

Leandro dos Reis Lage, Alúcio Gomes da Silva Júnior

A cadeia de valor em se propõe a criar um fluxo de atividades, sejam elas assistenciais ou gerenciais afim de agregar valor ao processo de cuidado. Cadeia de Valor ou Fluxo de Valor são as ações presentes no processo de produção, que Segundo Rother e Shook (2003) podem ou não agregar valor ao produto final. Para Womack e Jones (2004) são ações que passam por três passos gerenciais críticos em qualquer organização: solução de problemas, gerenciamento da informação e transformação física.

Para Merhy (2007, p79) “o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu modo de andar a vida”, portanto analisar o conceito de valor e propor uma cadeia de valor que ajude a organizar a assistência à saúde e as práticas de cuidado a partir da percepção do usuário pode um modo de consolidar os princípios do SUS, e oferecer um serviço de qualidade centrado no que o usuário necessita. A percepção por parte dos usuários é um componente importante dos processos avaliativos da qualidade do cuidado. (Mascarenhas, 2003; Silva Junior e Mascarenhas, 2004). Valor é a definição inicial do Pensamento Enxuto, uma vez que todo o processo é definido a partir do que o cliente considera necessário ao produto final, valor é aquilo que é importante ao cliente, ou seja, tudo aquilo que não agrega valor ao cliente é uma oportunidade de racionalizar, eliminar perdas. Existem diversos conceitos de valor, porém partindo da perspectiva de valor para o paciente o presente estudo toma como definição de valor: : Apreço atribuído, importância dada a um determinado bem ou serviço no qual é tido como objeto de desejo, ou seja, um conjunto de princípios que representa o ideal buscado. Diante do exposto o presente estudo tem como Objetivo Geral, Discutir a cadeia de valor em saúde a partir do conceito de valor para o usuário da atenção primária em saúde; e como objetivo secundário levantar e identificar na literatura os elementos de uma cadeia de valor em saúde voltada para o conceito de valor para o usuário da APS.

O levantamento bibliográfico sobre cadeia de valor e Atenção Primária à Saúde realizou-se no período de 15 á 20 de dezembro de 2017 realizou-se nos seguintes bancos de dados: da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) onde estão contidas quatro bases: LILACS SCIELO e



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

MEDLINE com os descritores: ("value chain") AND ( primary health care OR health services OR basic health care) e no Periódicos CAPES/MEC [qualquer] [contém] ("valuechain") [qualquer] [contém] ("healthcare") Foram selecionados como critérios de inclusão obras dos últimos 20 anos, de língua Inglesa, Espanhola e Portuguesa, e excluídas obras repetidas e que não utilizava os conceitos de valor para o usuário ou não o incluíam no processo. Foram encontradas 540 obras que após a exclusão de duplicatas resultaram em 520 que tiveram seus resumos e títulos lidos resultando em um total de 40 obras que foram lidas na íntegra resultando em 3 obras selecionadas, já que as demais não consideravam o conceito de valor do para o paciente conforme a definição do estudo.

Rollow e Cucchiara (2016) elucidam 4 atividades críticas para criação de valor: (1) assegurar o acesso e a continuidade dos cuidados; (2) desenvolver uma relação terapêutica; (3) fornecer diagnósticos e tratamentos planejados e baseados em evidências; e (4) Envolver os pacientes através do planejamento de cuidados. Para os autores os usuários procuram os serviços de saúde valorizando as pré-condições de saúde, a cura, recuperação, a própria saúde e a experiência do cuidado, assim, recomendam 3 diretrizes para a implementação da cadeia de valor da atenção primária: 1) A utilização de métricas para a avaliação que reflitam melhor o que os pacientes valorizam. 2) Um modelo de cuidado contínuo centrado no valor do paciente. 3) Recursos substanciais que consigam apoiar novas práticas e cuidados.

Steinhart e Alsup (2001), afirmam que parcerias devem ser realizadas entres os atores envolvidos no proceso de cuidado durante as atividades da cadeia e elencam 5 elementos essenciais para o sucesso das parcerias na cadeia de valor em saúde: Confiança, Comunicação eficaz, monitoramento, relacionamento de longo prazo e valores compartilhados.

Korne et al (2009), propõe três eixos que integram os processos de cuidado: Avaliação do acesso do paciente nos processos de cuidado, Monitorização das informações referentes à saúde do paciente, e Informação; E propõe que as várias partes interessadas cheguem a um acordo sobre o que constitui o valor do paciente.

O conceito de acesso aparece de diversas formas nos textos, sendo um consenso em todos os autores, uma vez que se como diretriz das atividades escolhidas para integrar uma cadeia de valor o usuário é o centro da cadeia, para isso o acesso não se limita apenas a uma posição geográfica diferenciada, e sim como escuta qualificada, oferta de serviços, comunicação eficaz e principalmente acesso a informação.





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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A continuidade do cuidado depende segundo os autores do planejamento das ações, que criam vínculo, que garantem um relacionamento a longo prazo do usuário com o sistema, envolvendo-o cada vez mais em seu processo decisório no plano de cuidados, assegurando que seu conceito de valor esteja presente nas atividades da cadeia, estimulando a confiança do usuário no trabalho da equipe da APS.

“O bem estar dos membros de uma cadeia de valor é fundamental para o fluxo da cadeia”; “os serviços de saúde devem ser integrados como peças de um quebra cabeça, criando elos com o paciente ao longo da cadeia”. (Steinhart e Alsup ,2001 p. 79),

Apesar da discussão ainda em andamento, podemos perceber que a informação se constitui como principal diretriz de fluxo das atividades, uma vez que permite aos profissionais entenderem o conceito de valor que os usuários demandam ao sistema, assim como ferramenta essencial para criação de vínculo do usuário como o sistema e de criação de parcerias entre os demais profissionais envolvidos no processo de cuidado. O bom funcionamento das atividades assistenciais dentro de uma cadeia de valor exige um perfil profissional que consiga entender o processo saúde doença do usuário, uma vez que compartilham de valores constroem um modelo assistencial voltado para as necessidades do usuário.

É necessário avaliação constantes das atividades envolvidas na cadeia de valor, uma vez que o conceito de valor é uma constante mutável, que depende diretamente da sua experiência e condições sociais, ambientais e culturais do usuário ao longo da vida, onde novas práticas podem se fazer necessárias, assim como mudanças físicas, gerenciais e organizacionais para atender as demandas trazidas pelos usuários ao longo da produção de cuidado.

Palavras-chave: Cadeia de Valor em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Cuida Centrado no Usuário



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

### A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM ATO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Simone Alves De Almeida, Emerson Elias Merhy

Este estudo, pretende aproximar as discussões sobre o trabalho vivo em ato e o campo da saúde mental, com o objetivo de elucidar os desafios da reforma psiquiátrica desde a perspectiva da micropolítica. Trata-se de uma revisão teórica, cuja a discussão faz parte da pesquisa de mestrado da autora.

O campo da saúde mental é marcado pela produção imaterial, pois ocupa-se, na maior parte das vezes, de problemáticas e sofrimentos não identificados no corpo biológico, mas evidenciados a partir da construção subjetiva dos sujeitos com quem se produz as práticas de cuidado. Poderíamos, então, afirmar que o campo da saúde mental centra-se sobre a dimensão micropolítica? Ou o que significaria falar em micropolítica no campo da saúde mental? Parece-nos que o campo da saúde mental não escapa dos grandes dilemas vividos pelo setor da saúde, inclusive na predominância das tecnologias leve-duras e duras sobre o governo de seus processos de trabalho. Entretanto, por sua construção histórica e social característica, carrega suas especificidades.

As pessoas que utilizam os serviços e ações da saúde mental são aquelas que menos correspondem aos valores dominantes na sociedade, as que foram historicamente afastadas e ainda são cotidianamente excluídas. Isto não significa pouco no fazer cotidiano construído entre equipes e usuários, familiares, comunidade, imaginário social, interesses econômicos. Os modos de produção predominantemente médicos da área da saúde também exercem seu domínio no campo da saúde mental, cujas práticas centradas em saberes biomédicos e especializados. E os processos de trabalho, muitas vezes constituídos por lógicas instituídas, produzem o cuidado que será ofertado pelos trabalhadores na micropolítica de suas práticas, a partir de modelos prévios – o trabalho morto. No campo da gestão do trabalho, no Brasil de hoje, agrega-se de modo cada vez mais crescente o processo de terceirização e precarização do trabalho, o que gera, dentre outras coisas, a rotatividade de profissionais nas equipes, e que tem consequências dramáticas em um cuidado que é processual, centrado no vínculo, trabalho-vivo-dependente.

E os desafios do campo da saúde mental, também, envolvem o fantasma vivo e operante do manicômio. Embora o passado sombrio que envolveu a exclusão e a violência do



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

encarceramento tenha sido, de algum modo, superado, ele ainda se apresenta de muitas formas, não menos nocivas. Os manicômios antigos que ainda restam, exercem forte poder sobre as Redes de Atenção Psicossocial em muitas regiões, além disso, há os manicômios modernos, que possuem novas facetas, o que os permitem proliferar com outros nomes e subterfúgios, burlando as leis que tentam garantir minimamente os direitos dos usuários.

Por outro lado, o principal desafio desse campo é o de superar a lógica manicomial que não se limita a um lugar físico, que não precisa de muros para aprisionar as subjetividades que escapam as normas convencionais. E essa é uma questão de dimensão micropolítica do campo da saúde mental. Assim, falar em micropolítica da saúde mental significaria, por exemplo, não se centrar na doença e nos conhecimentos dados a priori sobre o sofrimento do outro, bem como, não confundir manicômio com um lugar físico, pois, o manicômio é modo de subjetivação.

Conforme já indicado por Basaglia e Rotelli, referências da reforma psiquiátrica italiana, não bastaria acabar com os manicômios, sem mudar a forma como olhamos para a loucura. Já no contexto da reforma psiquiátrica brasileira em construção, Pelbart nos alerta neste sentido: tão urgente quanto libertar nossa sociedade dos manicômios é libertar o pensamento da racionalidade carcerária onde confinamos a loucura: o manicômio mental. Para Pelbart, este era o desafio posto aos atores sociais que construíam as práticas alternativas de cuidado em saúde mental em nosso país: evitar que a ideia de uma sociedade sem manicômios se esgotasse em sua evidência primeira.

Acontece que as evidências que sustentam o manicômio o fazem pela demanda por lugares de encarceramento constituída de legitimidade social. O manicômio presente em nossa subjetividade demanda e deseja por formas de encarceramento, e não há lei antimanicomial capaz de reprimi-lo totalmente. Pelbart sugere que para construir uma sociedade sem manicômios não basta gritar palavras de ordem ou construir novas leis, embora elas sejam importantes, é necessário recusar o império da razão. A razão carcerária não seria aqui uma ideologia, mas antes, um modo de se encontrar com o outro, o outro na sua diferença, e a partir daí, de pensar, de produzir práticas sociais, e de se fazer o cuidado em saúde.

Lancetti, ao narrar as experiências iniciais da reforma psiquiátrica brasileira em Santos, como práticas que surgiram dotadas de alma antimanicomial e com vontade de experimentação, indica a emergência de práticas transformadoras da subjetividade dos trabalhadores, capaz de desconstruir as formações profissionais ao romper com os saberes instituídos, produzindo



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

novas práticas, assim como, novos sujeitos sociais. Ao percorrer por experiências em andamento, Lancetti verifica a cronificação de muitos serviços e práticas que adotam para si formas rígidas de funcionamento, centrando-se em modelos terapêuticos especializados, colocando-se distantes da cidade e seus problemas, e assim, conclui que qualquer serviço corre o risco de se cronificar, reproduzindo modelos instituídos, perdendo potência de agir. Mais adiante, no decorrer das experimentações e das dificuldades na efetivação cotidiana da reforma psiquiátrica, Lancetti irá nos ofertar a ideia de plasticidade psíquica, importante para o que viemos chamando de território das tecnologias leves. A plasticidade psíquica é a capacidade de transformação do trabalhador em sua subjetividade, o que é imprescindível para lidar com a complexidade dos desafios cotidianos da saúde mental e com o impacto singular que eles produzem nos territórios existenciais de cada um, para, então, produzir novos olhares. A denominada “baixa exigência”, hoje constituída como uma necessidade para os serviços que se lançam por caminhos antimanicomiais, opera em alta exigência para os seus trabalhadores, que precisam se desterritorializar e construir novos territórios de existência de maneira permanente. Desse modo, os trabalhadores da saúde mental reinventam constantemente seu campo de atuação à medida que nele, também, se reinventam.

Para autores como Emerson Elias Merhy, Laura Feuerwerker, Túlio Franco Batista, o trabalho vivo não pode ser totalmente capturado pelo trabalho morto, e por essa característica, o trabalho vivo tem a possibilidade de construir brechas e rupturas nos fazeres instituídos. Isso ocorre a partir dos encontros, na micropolítica dos processos de trabalho, em que o trabalhador é o principal agente de qualquer mudança. Assim, a subjetividade deve ser reconhecida como dimensão da produção do cuidado. Deste modo, entende-se que as mudanças não se dão por decreto, mas por produção de sentido entre seus trabalhadores, o que ocorre a partir dos encontros destes no mundo do trabalho e da vida.

A saúde mental é um campo de tensão permanente, devido aos seus tantos desafios. No entanto, reconhecer a dimensão subjetiva e o lugar dos encontros na gestão do trabalho nos aproxima da compreensão que, produzir cuidado antimanicomial pressupõe produzir novas relações societárias. Isso inclui perceber o cotidiano do cuidado como experimental e incerto, e a necessidade de produzir coletivos capazes de autoanálise, de solidariedade, de composição. O lugar das certezas, das respostas simples e produzidas a priori é o manicômio.



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

## Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O antimanicomial exige abertura à transformação, a reflexão permanente, o acolhimento à diferença: a produção de relações antimanicomiais nas mais diversas dimensões da vida.

Palavras-chave: micropolítica; saúde mental; trabalho vivo