

vocal dos professores, no entanto precisa se firmar e conquistar visibilidade. O trevo de quatro folhas não possui o serviço de Fonoaudiologia, no entanto percebemos o quão importante seria a inserção desse profissional na equipe multiprofissional, principalmente no atendimento as crianças do projeto Coala. Acreditamos que a equipe desconhece o fazer da fonoaudiologia junto a crianças prematuras. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Consideramos essa experiência importante na nossa formação enquanto profissional atuante na Atenção Básica, uma vez que é necessário fortalecer a articulação com outros níveis de atenção na garantia do cuidado integral aos usuários, portanto conhecer como funcionam esses serviços torna-se fundamental. Por isso torna-se importante a vivência de extensão ser iniciada nos primeiros meses da residência.

VIVÊNCIAS EM UMA UTI NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Luana Moura Campos, Raquel de Alcântara, Telmara Menezes Couto, Josely Bruce dos Santos, Nildete Pereira Gomes, Moniky Araújo da Cruz, Fernanda Matheus Estrela, Jordana Brock Carneiro

Palavras-chave: Enfermagem neonatal, Enfermagem de cuidados críticos, Humanização da assistência, Formação profissional

Introdução: O ambiente da UTI Neonatal propicia uma experiência singular, onde o cuidado deve ser permeado pela prática de escuta sensível. Além disso, é fundamental a promoção de acolhimento e vínculo do RN com a sua família. A enfermeira possui papel fundamental nesse processo, pois presta cuidado integral, na perspectiva da humanização e inserção da família.

Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem em uma UTI Neonatal. Descrição da experiência: Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência de um plantão de 12 horas em uma UTI Neonatal no período de graduação em uma maternidade-escola de Salvador, Bahia, Brasil. A atividade foi facilitada através da preceptoria de uma enfermeira do serviço. A experiência se deu a partir da participação na atividade de extensão intitulada “A enfermagem frente à mulher no ciclo gravídico-puerperal: conhecer para melhor cuidar”, promovida pelo Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA. A atividade propôs a aproximação com o ambiente da UTI Neonatal e a prestação de cuidados em neonatologia. Resultados: A experiência da participação nessa atividade de extensão proporcionou a aproximação das acadêmicas no universo da UTI Neonatal, ainda pouco explorado nos currículos de enfermagem. Também contribuiu para a vivência das rotinas gerenciais, dinâmica e peculiaridades do setor, além de possibilitar a prática de cuidados de enfermagem frente a recém-nascidos críticos. Conclusão: A participação em atividades extensionistas em UTI Neonatal constitui-se numa importante tecnologia para formação profissional, sobretudo para o conhecimento desta especialidade e aprendizagem da graduanda no processo de cuidar do recém-nascido crítico.

Eixo Trabalho - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

“FUI MUITO MASSACRADA NA MINHA GRAVIDEZ”: TRAJETÓRIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE UMA GESTANTE VIVENDO COM HIV/AIDS

Diego da Silva Medeiros, Monalisa Rodrigues Cruz, Tulio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge, Luilma Albuquerque Gurgel

Palavras-chave: Produção do Cuidado, Gestante, HIV/aids

APRESENTAÇÃO: Embora as Redes de Atenção à Saúde (RAS) normatize as práticas de cuidado integral no campo materno-infantil por meio da Rede Cegonha (RC), no entanto, o cuidado produzido pelas gestantes que vivem com HIV/AIDS escapa e desvia da rede protocolar tecendo outras articulações a partir do seu território existencial. A cartografia é tecida com uma multiplicidade de linhas emaranhadas no processo de subjetivação destas mulheres que vivenciam no próprio corpo as normatizações de gênero, a maternidade, a vida com o HIV/AIDS, o estigma, o imperativo moral de ser uma mulher com doença associada à sexualidade. O mapa é marcado por encontros entre profissionais de saúde autorizados a praticar o cuidado, a família e a comunidade religiosa a qual a usuária está imersa, no meio. Estes encontros produzem descontínuos e desmontagens da representação e identidade em processo ininterrupto. A experiência de um mapa existencial que se desterritorializa e reterritorializa sempre em movimento desmonta qualquer análise que se proponha linear e amparada em retificações identitárias. A mulher

vivendo com HIV/AIDS se agencia com estes sujeitos e afecções no território que pratica e inventa no seu cotidiano. Estes encontros, todavia, produz tensionamentos na medida em que a não submissão da usuária à normatização protocolar dos autorizados a exercer o cuidado, como também, ao imperativo moral atuantes com a família e a religião gera processos de contenção da singularidade destas mulheres no mapa existencial. A produção do cuidado está imersa em redes vivas que agenciam linhas molares (legislações, normas, recomendações técnicas) e linhas moleculares (relações, encontros, singularizações). OBJETIVOS: O objetivo da pesquisa consiste em mapear a redes vivas da produção do cuidado de uma gestante vivendo com HIV/AIDS. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa de orientação cartográfica com análise baseada nas vertentes pós-estruturalistas de autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault. O conceito de biopolítica como submissão da população ao saber da epidemiologia e da medicina submetem os corpos ao “fazer viver” estatal. Hoje, há uma normal autorizada pela racionalidade que gera saúde e que a população deve se submeter para o bem viver com saúde. A pesquisa se realiza a medida que se traça juntos, pesquisador e usuária guia, os caminhos percorridos para dar conta de um problema que força o pensamento: o caso complexo na produção do cuidado. A usuária guia é eleita como caso complexo de difícil manejo na produção do cuidado materno-infantil em mulheres que vivem com HIV/AIDS. A eleição é realizada pelos pesquisadores em segunda fase após a exposição de vários casos considerados complexos pelos profissionais de saúde e gestores da RC em oficinas coordenadas por um grupo de pesquisadores. A partir da eleição inicia-se a confecção da cartografia acompanhando os sujeitos que

se encontram na produção do cuidado. Os sujeitos que compõem esta pesquisa são Flavia, usuária guia (vive com HIV/AIDS); Nivia, Agente Comunitária de Saúde (ACS); Alessandra, Enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS); Jorge, esposo da Flavia; Helio, médico de família e comunidade; Eric, médico pediatra e Diego, pesquisador. Os nomes são fictícios, exceto do pesquisador. Foram realizadas entrevistas observando os princípios éticos, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As técnicas de produção dos dados consistem em entrevistas registradas em áudio e transcritas, visitas aos territórios de atuação dos sujeitos e registros em caderno de campo das impressões. Este trabalho é oriundo de pesquisa nacional denominada “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redetemáticas de atenção à saúde no sistema único de saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa” com parecer 560.597 de 23/03/2014. Flavia, 29 anos, casada, evangélica, três gestações, conheceu sua sorologia reagente para HIV desde o ano de 2009 na primeira gestação no pré-natal. Reside na periferia de Fortaleza sem emprego fixo e é beneficiária do Programa Bolsa Família (BF). Perdeu a primeira filha na maternidade pública no momento do parto, refere-se a negligência médica. A segunda nasceu em hospital privado quando dispunha de plano de saúde devido o emprego formal. O terceiro foi acompanhado por profissionais da atenção primária e nasceu na maternidade pública em 2013. RESULTADOS: Nos três casos não houve uso sistemático de antirretrovirais e houve a realização da amamentação. Os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), na terceira gestação, não sabiam lidar com a negativa em fazer uso do tratamento antirretroviral para o HIV/AIDS e o desânimo da usuária em ter que frequentar as dependências da UBS. Flavia professa religião neopentecostal

e acreditava-se curada da infecção pelo vírus HIV na vivência da sua fé. Relatou testemunho de cura da infecção observada por membros da sua comunidade religiosa e em narrativas na internet. O fato de crer-se curada a afastava dos cuidados na APS, afinal como estava assintomática não havia necessidade de tratamento. Os profissionais da APS realizaram exames de HIV nos filhos e esposo sem o consentimento dos mesmos para sondar uma possível infecção. Sofreu denúncias ao Conselho Tutelar por negligência no tratamento do terceiro filho e ameaças de denúncias de retirada de benefício do BF como prática dos profissionais da APS por negar o cuidado protocolar preconizado pela RAS. A usuária porta os exames dos filhos que confirmam a sorologia não reagente para HIV e alega que foi muito massacrada no período da gestação. O esposo não lida bem com o fato de a Flavia viver com HIV/AIDS o que gera conflitos sistemáticos. Como considerações finais a confecção desta cartografia aponta o desconforto dos profissionais da APS e da usuária diante das situações que destoam da norma preconizada em legislações e da moral hegemônica que julga a vida. Este desconforto gera práticas de microfascismos que negam a vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os espaços de cuidado formais, em outras palavras, os serviços de saúde afastam os usuários por não compreender as singularidades dos corpos na produção do cuidado. Por outro lado é legítimo o investimento da usuária em espaços que a afetem, que a impulsionem na afirmação da vida. A produção da vida, que repercute no cuidado, extrapola os territórios esquadrihados que almejam corpos dóceis e capturáveis pela serialização. Uma rede que se propõe de cuidados problematiza a multiplicidade e a diferença permitindo os fluxos de singularidade dos sujeitos: profissionais de saúde, usuária, familiares e comunidade no mapa existencial.

(IN) SEGURANÇA ALIMENTAR E CONDICIONALIDADES DE SAÚDE EM MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Sheila Kocourek, Aline Braido Pereira, Camila de Brum Scalcon, Patrícia Rodrigues, Ramão Rodrigo Stocker, Teresinha Heck Weiller

Palavras-chave: Bolsa Família, Promoção da Saúde, Atenção Primária a Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional

APRESENTAÇÃO: A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, representada pela tripla carga de doenças, que envolve: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas. Os programas brasileiros de transferência de renda, tais como o “Bolsa Família”, incluem a garantia de uma renda mínima com vistas a superação da fome, pobreza e miséria extrema. Contudo, sua execução e sucesso demandam a atuação intersetorial. Neste sentido as ações de alimentação e nutrição podem e devem ser atribuição do Sistema Único de Saúde, especialmente por meio da Política Nacional de Atenção Básica. O presente estudo, emerge num contexto em que, empiricamente, inúmeras mulheres, chefes de família, ao buscarem a Estratégia de Saúde da Família, apresentam um quadro de insegurança alimentar associado ao sobrepeso e obesidade. Tal cenário instigou os Residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrado (PRMI) da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com ênfase na Atenção Básica/ESF a avaliarem o índice de Segurança Alimentar e Nutricional das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), referenciadas em Estratégias de Saúde da Família – ESF, bem como suas condicionalidades de saúde a fim de impactar na qualidade de vida dos sujeitos deste estudo. Desenvolvimento do trabalho: método do estudo Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa que se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A amostra constitui-se de 40 mulheres, maiores de 18 anos adstritas as ESF em estudo e beneficiárias do programa bolsa família. Para coleta de dados os residentes inseridos no local e familiarizados com o instrumento de coleta abordaram usuários que procuravam a ESF no espaço da unidade de saúde ou no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), levando cerca de trinta minutos para o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Posteriormente os dados foram processados e analisados no Excel® 2007 e no software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS). Apresentam o perfil sócio demográfico e identificam as condições e modos de vida dos sujeitos da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa exploratória. Resultados encontrados na pesquisa Entre as mulheres que compuseram a amostra deste estudo, todas são beneficiárias do PBF, a maioria 62,5% (n=25) é autodeclarada de cor branca; 55% (n=22) são casadas/com companheiro, 80% (n=32) delas trabalham (formalmente ou informalmente) e 55% (n=22) possuem ensino fundamental incompleto. Das entrevistadas, 27,5% relataram ter algum tipo de doença. Das 40 entrevistadas, 14 (35,0%) disseram praticar algum tipo de

atividade física e 31 delas referiram não ingerir qualquer tipo de bebida alcoólica. Pode-se observar que entre as beneficiárias do PBF a avaliação da Segurança Alimentar classificou-se a maioria 40% (n=16) que apresentam leve Insegurança Alimentar (IA), seguido pela Insegurança Moderada 25% (n=10), e Insegurança Grave com 22,5% (n=9). Segurança Alimentar apenas 12,5% (n=5) das entrevistadas apresentaram. Ao correlacionar a IA e variáveis sociodemográficas, observou-se que as proporções de IA foram maiores na classe econômica D ou E, nas casas com quatro ou mais pessoas, que não recebem outro benefício, com renda menor que um salário mínimo nacional, com moradia não própria, com água proveniente de poço/cacimbão, sem esgoto, com idade média, menor de 40 anos, as quais não trabalham com registro, com circunferência de cintura inadequada e excesso de peso. Ao correlacionar IA com o IMC pode-se observar que a grande maioria das mulheres apresentou Obesidade (67,5%). Entretanto a presença de doenças não foi observada na maioria delas (63,3%). Contudo o sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades.³⁰ As consequências para a saúde associadas a estes fatores vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer.^{30,31} O presente estudo aponta informações fundamentais para o planejamento de políticas voltadas a nutrição, mostrando uma alta prevalência de obesidade e sobrepeso na população beneficiária, sendo que tal condição está associada ao maior risco de doenças crônicas não transmissíveis. Neste sentido observa-se a necessidade de trabalhar

com esses indivíduos por meio de ações de educação em saúde e nutrição, a fim de que sejam sensibilizados para a tomada de atitudes que podem modificar seu estado nutricional. Os resultados ora apresentados mostram-se como subsídio para construção e implantação de políticas públicas regionais ligadas à alimentação. Considerações Finais: Conclui-se que a grande maioria da amostra está em insegurança alimentar, esses achados demonstram a necessidade de ações integradas entre políticas de educação, saúde na Atenção Básica e os programas de transferência de renda. Considerando o não aparecimento de doenças entre as mulheres em IA, obesa, precisa-se que as mesmas estão no grupo de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis, uma vez que a Obesidade e o Sobrepeso estão em maiores incidências. Em relação às associações entre excesso de peso e nível socioeconômico, há estudos que apontam que a renda e nível educacional estão inversamente associados à obesidade, principalmente no sexo feminino. De acordo com revisão teórica nas sociedades em transição, como o Brasil, a renda tende a ser um fator de risco, enquanto que a educação desempenha papel protetor. O avanço na implementação de ações de Alimentação e Nutrição vem sendo fortalecido pelas políticas de transferência de renda. O que desafia os profissionais da saúde atuarem de modo educativo e promocional no concerne a racionalidade do consumo, o que não é algo fácil, visto que estamos falando de uma população que há pouco tempo passava fome. Por fim, acredita-se que Educação Permanente é um importante dispositivo para qualificar os trabalhadores, agregando a racionalidade da organização do cuidado integral em assegurando a saúde nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde.

A ATUAÇÃO DAS PSICÓLOGAS NA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE LADÁRIO-MS

Franciele Ariene Lopes Santana, Ilido Roda Neves

Palavras-chave: Psicologia, Trabalho em Saúde, Saúde Pública

Tema: Atuação da Psicologia no Contexto da Saúde Pública. Apresentação: Trata-se de uma pesquisa de base etnográfica, de acordo com as ideias de Sarmiento (2003), desenvolvida como trabalho de conclusão de curso em psicologia. Foi realizada uma vivência do trabalho de duas psicólogas e três estagiárias que atuavam na Saúde Pública no município de Ladário - MS. Os objetivos foram compreender a atuação das psicólogas na Saúde Pública do município e identificar suas dificuldades de atuação. Desenvolvimento do trabalho: Além do sentido tradicional, parte-se da compreensão de Saúde Pública como um campo de práticas, num sentido mais crítico, segundo Campos (2000), como prática social que pode produzir a infinidade de matizes entre controle social (seres dominados) ou autonomia (cidadãos com liberdade relativa), além de operar tanto na redução das pessoas à condição de objetos sujeitados a algum poder. De acordo com Lo Bianco et al. (1994), a entrada da psicologia neste campo, se deu com as Ações Integradas de Saúde, surgidas em 1983, brotando uma oportunidade para a psicologia e outras profissões da saúde, onde até então era predominava médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar. Os autores discutem que desde então a principal forma de atuação é a clínica psicoterápica tradicional, refletindo que neste espaço é primordial um engajamento distinto da(o) psicóloga(o), superando a ideia de que esse profissional lida apenas com distúrbios psicológicos. Expõem que para atuar na rede

básica, a(o) profissional tem que ser flexível, deve atuar sempre focado no planejamento e execução de ações voltadas para o coletivo; deve transcender o campo da saúde mental, uma vez que se depara com situações que envolvem problemas de saúde em geral; deve lidar com atividades não centralizadas nos indivíduos, priorizando estratégias grupais para lidar com os problemas trazidos pela população; necessita estar atento as condições concretas de vida da população com a qual trabalha, procurando garantir acesso ao serviço. Metodologia: Como instrumentos foram utilizados: um diário de campo; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e para aprender aspectos gerais sobre as condições de vida, ocupacionais e de saúde pessoal foi aplicado um questionário socioeconômico e ocupacional, entrevista estruturada e dois instrumentos de avaliação quanto ao estado de saúde: Questionário Maslach Burnout Inventory (MBI) que avalia como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com as três dimensões: Exaustão Emocional, Realização Pessoal e Despersonalização; e o Self Report Questionnaire (SRQ20)- Questionário de Autorrelato: utilizado para rastreamento de sintomas psicossomáticos. Foi realizado o acompanhamento das profissionais da equipe de psicologia, em torno de três a quatro vezes por semana no período outubro de 2011 a janeiro de 2013. Além da observação, ocorreu o envolvimento em algumas atividades, caracterizando o estudo também como uma pesquisa com delineamento participante. Resultados e/ou impactos - Ladário apresenta, como aspecto singular, o fato de ser um município dentro de outro, no caso, o de Corumbá-MS, que apresenta ligação fronteira com o município de Puerto Quijarro (Bolívia), com grandes trocas interculturais. Possui uma população de 19.617 habitantes, apresentando uma concentração de jovens e crianças (58,42%) (BRASIL, 2011).

As Ações em Psicologia no Município de Ladário aconteciam em duas frentes, uma com ações permanentes, através do seguimento de um cronograma anual de programas, e através de ações esporádicas, como palestras ou conversas em ações em parceria com outras secretarias. Uma das psicólogas era contratada como gestora de programas, no momento da pesquisa desenvolvia-se as seguintes atividades de modo permanente: Projeto Mamãe-bebê; Programa Saúde na Escola; Idoso - De bem com a Vida; Planejamento Familiar; Toque de Vida; Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO)/ Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA); Atendimento clínico em psicologia; Núcleo de Violência. Esporadicamente desenvolviam-se ações em: DST/Aids; Hanseníase; Tuberculose; Saúde do homem; Saúde da Criança e Hipertensão; Desafio Saúde (implantado no final do estágio e gerido pelo educador físico); e por fim, quatro grupos terapêuticos, três destinados a trabalhar a questão da violência, que são: a Oficina de Brinquedos (grupo com crianças), Grupo com Adolescentes, e o Grupo com adultos, denominado de Colcha de Retalhos, que tem a proposta de buscar nos trabalhos manuais, como o artesanato, uma forma de elaborar traumas vividos pelas mulheres, e por fim um grupo terapêutico com portadoras de fibromialgia. O trabalho na psicologia representou avanços no sentido qualitativo. No decorrer do trabalho, e entrosamento da equipe, foi percebido o movimento de se trabalhar não só na remediação do processo saúde/adoecimento, mas também de propor ações que buscavam transcender o modelo biomédico, reconhecendo outros determinantes de saúde, através de atividades que visavam promover atitudes de paz e trabalhando promoção e prevenção, o que é preconizado pelo SUS. Notou-se também um diferencial na forma

de trabalhar, onde se apresentou a iniciativa de discussões dos casos (de violência, por exemplo) com diferentes profissionais, e o trabalho voltado para a atenção ao coletivo através dos programas, seguindo assim a linha estratégica defendida na Política do SUS. No acompanhamento da prática das psicólogas em campo pode-se perceber uma crítica dessas profissionais quanto ao distanciamento entre o que a universidade ensina e o que se tem que criar para prestar assistência à comunidade, assistência aqui colocada no sentido de atuar nas necessidades da população. Um importante apontamento feito por essa pesquisa, é que apesar das profissionais relatarem que a universidade propõe uma teoria que nem sempre contempla a realidade apresentada no serviço público, foi observado, através do modo de fazer das profissionais, que a formação recebida, proporcionou um norte a seguir, afinal permitiu que se viesse construindo um saber durante suas práticas. Através do questionário aplicado em entrevista, pode-se refletir sobre os aspectos do trabalho e como este implicava na saúde desses profissionais. Os resultados do inventário MBI apontaram vivências de Exaustão Emocional e Despersonalização no trabalho, em contrapartida apresenta uma realização profissional em nível alto e moderado. Já a escala SRQ20 indicou a presença de algum desarranjo psicossomático, sendo apontada na entrevista uma correlação entre o trabalho e algum adoecimento pelo qual já passaram. Considerações finais: Constatou-se que a peculiaridade de município de pequeno porte com poucos recursos para a contratação de mais profissionais, causava sobrecarga, pois havia muitas atividades para as psicólogas desenvolverem, e diversas ações que eram realizadas de acordo com a maior emergência. A vivência do estágio e da pesquisa possibilitou a experiência de contato com os sujeitos que chegam

até a saúde pública, trazendo questões multifacetadas que disciplinas isoladas não são capazes de resolver. Permitiu que se desenvolvesse um tato social, no sentido de entender que o que os usuários trazem é reflexo da vida cotidiana, das dificuldades enfrentadas, das violências vividas, entre outros fatores. A pesquisa etnográfica, como um estudo qualitativo, apresentou-se como um recurso para imergir no campo da saúde pública, no qual a psicologia vem se consolidando como possibilidade atuação.

A CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL INFANTO-JUVENIL NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO

Isabela Andrade Vidal, Tulio Batista Franco

Palavras-chave: Produção de Cuidados, Saúde Mental, Rede

APRESENTAÇÃO: Este estudo pretende demonstrar o nível de complexidade das ações da rede de saúde mental através dos fluxos que atravessam uma única unidade de saúde, que atende aos usuários infantojuvenis, com diagnóstico de transtornos mentais graves, o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, CAPSI, no Município de São Gonçalo, RJ. Visando utilizar como eixo central a micropolítica na produção de cuidados nas práticas de saúde, buscando como referência a integralidade da atenção à saúde do usuário. O objetivo deste trabalho de pesquisa foi mapear as diferentes modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas no CAPSI, visando, assim, analisar o comprometimento e a articulação das ações desenvolvidas na produção de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico, em consonância com as políticas públicas de saúde, tendo como base a Reforma

Psiquiátrica. Pretende-se discutir a produção de subjetividades entre “aquele que cuida e aquele que é cuidado”, para revelar a potência que emerge no campo relacional entre os usuários e profissionais de saúde. A partir dessas considerações buscou-se enfatizar a importância da construção da produção de cuidados a ser ativada pelo “Trabalho Vivo em Ato” (MERHY, 2002; FRANCO, 2006), com toda sua intensidade, no plano micropolítico dessa organização de assistência, e na construção de um novo devir para esses serviços. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O estudo em foco utilizou a cartografia como modo de produzir o conhecimento, tomando a realidade em torno de um caso para estudá-lo considerando todo o contexto da sua existência. A cartografia supõe uma imersão na micropolítica do cotidiano, impõe tomar a realidade na sua dinâmica relacional, buscando captar os fluxos de afetos entre os sujeitos, onde as subjetividades se expressam na produção de cuidados. Em definição “cartografar é mergulhar na geografia dos afetos.”¹ O cartógrafo utiliza o ato de pesquisar, essencialmente, para deflagrar os movimentos de produção do desejo presentes no campo social. Diante disso, pretendeu-se mapear a travessia de usuários e familiares na rede de saúde mental, através da linha de produção de cuidados, em seus diversos níveis de complexidade. Cabe marcar que esta investigação se situa no espaço existente entre profissional e usuário, construído e expresso através do vetor das práticas em saúde coproduzidas por todos os envolvidos na micropolítica, no processo de trabalho e no engendramento das subjetividades presentes. Propõe-se também dar expressão às subjetividades circulantes, de alguns modos de agir em saúde mental, procurando mapear e discutir enfoques e abordagens possíveis do sofrimento psíquico nesse cenário, apontando para a necessidade

de se considerar os atores principais, o usuário e o profissional de saúde, e mais precisamente o encontro entre ambos. Utilizou-se um caso clínico que apresenta transtorno mental grave, como analisador do cuidado em saúde, tomando este conceito da análise institucional que sugere que “o analisador é aquilo que faz uma organização falar, isto é, revela o funcionamento das instituições” (LOURAU, 1996). O caso emblemático repercutiu em grande intensidade no município em questão, devido a tenra rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho, sendo neste caso, realizado conexões entre a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Vara da Infância, da Juventude e do Idoso e rede social. Assim, o caso estudado deflagrou a implicação afetiva que norteou a produção de cuidados diante da saúde mental infantojuvenil, visando consequentemente, verificar os aspectos organizacionais e relacionais diante de suas demandas e necessidades. RESULTADOS: Pode-se constatar uma clara desarticulação na linha de produção de cuidados, em seus diversos níveis de complexidade, revelando assim, a ausência de um planejamento integrado do trabalho em saúde mental. Isto corrobora, inevitavelmente, para um engessamento das políticas públicas em relação ao sofrimento psíquico. Cabe ao CAPSI acolher o usuário e manter a ‘porta de entrada’ aberta à rede de atenção, porém, não é plausível pensar, que esse dispositivo sozinho assumiria a responsabilidade pelo cuidado à saúde mental. No entanto, uma ampla interlocução entre os dispositivos de atenção diária e a atenção básica amplificaria a potencialidade da rede, favorecendo assim um modo de cuidar integralizado. Diante disso pode-se constatar algumas dificuldades que emergiram como nós críticos a serem repensados em relação às ações em saúde mental, no contexto da produção de cuidado em saúde. A seguir são levantados alguns

pontos que conduzem as questões que surgiram nesse percurso. A primeira delas refere-se à escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho em saúde mental. Garantindo assim, a produção de cuidados adequada à população. É importante ressaltar a precariedade de CAPS e CAPSI que integram a rede de um município de grande número populacional. Não há um planejamento de uma política pública de saúde para atender à demanda. Outro aspecto, que emerge no contexto das ações de cuidado em saúde mental, remete às dificuldades na acessibilidade dos usuários às ações e serviços produzidos pelos profissionais. Este problema da organização da “porta de entrada” da unidade mostra uma de suas fragilidades para acolher pessoas em sofrimento psíquico e denuncia um despreparo da atenção primária em, realmente, estar constituindo-se como a entrada do sistema público de saúde. Entretanto é plácido afirmar a dimensão paradoxal presente nesta rede que ora tem dificuldades de acolher os usuários infantojuvenis, ora, ao acolher, o dispositivo CAPSI demonstra uma superlotação, apresentando dificuldade de redirecionamento na rede, isto é, não apresenta “porta de saída”, de modo que a rede não se constrói, pois perde as suas características de descentralização e conectividade. Viso ressaltar a importância do conceito de desinstitucionalização, diante da Reforma Psiquiátrica, que enfatiza a construção de dispositivos que favoreçam a potência das subjetividades circulantes provocando transformações profundas na cultura profissional daqueles que produzem o cuidado. Concomitantemente, vale destacar a necessidade de maior interlocução entre as estratégias de cuidado em saúde mental com as redes intersetoriais e sociais, que possibilitem o diálogo nos diferentes espaços onde o usuário constrói sua vida, de modo a garantir as práticas de cuidado

de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada usuário. Cabe enfatizar que nenhum serviço, nenhuma estratégia tecnopolítica é capaz, isoladamente, de produzir a inversão do modelo assistencial. Para tanto é necessário que essa produção ocorra enquanto processo social complexo, advinda dos desejos dos atores envolvidos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A questão que se propôs a discutir é o da compreensão da produção do cuidado, que opera através dos encontros de um sujeito com o mundo social no qual está inserido, se os afetos que circulam nesses encontros têm potencializado a rede de cuidados e, consequentemente, o processo de desinstitucionalização. Desinstitucionalizar é um processo social amplo que não se restringe à desconstrução do hospital, enquanto instância de tratamento e à construção de novas instituições que pretensamente funcionariam sob a lógica do novo paradigma da Atenção Psicossocial. É resignificar as atitudes, as abordagens, é apostar nos processos de subjetivação que vão afetar as mudanças das práticas de saúde.

A CONDUTA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO COM DIAGNÓSTICO DE DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE (SÍNDROME DE JEUNE)

Fabrizio Martins Machado Carrijo, Fernando Júnior Alves, Sueli Fonseca da Silva

Palavras-chave: Síndrome de Jeune, Distrofia Torácica Asfixiante, Exame Físico, Recém-Nascido

RESUMO: O período do pós-parto compreende para o Recém-Nascido (RN) uma fase adaptativa onde o mesmo ao se apresentar na vida extrauterina, passa por alterações biofisiológicas de ajustamento e com comportamentos complexos. O

enfermeiro tem um papel fundamental nesse estágio extrauterino para o RN, pois irá promover ao RN a manutenção da sua via aérea pérvia, suporte às respirações, aquecimento e prevenção à hipotermia, garantia de ambiente seguro e prevenção contra acidentes ou infecções. Uma das síndromes que merecem maior atenção nesse período, é a Síndrome de Jeune ou Distrofia Torácica Asfixiante (DTA), é um tipo de distúrbio potencialmente letal e raro, autossômico recessivo congênito, com inúmeras manifestações clínicas, má-formações ósseas, alterações pélvicas e anomalias renais. O comprometimento respiratório é variável, podendo levar à morte ainda no período lactente. O diagnóstico pode ser feito através de exames radiológicos no pré-natal e pós-parto. Durante às consultas o enfermeiro identifica problemas atuais ou potenciais que possam requerer atenção imediata para a vida do RN durante o parto, e preparar a equipe e equipamentos de suporte para possíveis intercorrências. PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Jeune; Distrofia Torácica Asfixiante; Exame Físico; Recém-Nascido. APRESENTAÇÃO: A gravidez dura 280 dias ou 40 semanas, de acordo com os médicos, e nove meses na contagem das mães, mas na verdade todos estes cálculos são aproximados, pois ninguém sabe precisar o dia em que o bebê vai nascer. E no momento do parto, os pais devem estar preparados para receber o bebê, e estar orientados que intercorrências podem acontecer. No período pós-parto o Recém-Nascido (RN) apresenta alterações biofisiológicas e comportamentais complexas, resultantes da vida extrauterina, essas primeiras horas do pós-parto representam um período de ajustamento fundamental para o RN. O enfermeiro executa o exame físico no RN em quatro situações: imediatamente ao seu nascimento, ainda na sala de parto, na admissão ao berçário, diariamente e

no momento da alta hospitalar. Avalia os sistemas cardiorrespiratório, neurológico, gastrointestinal e geniturinário. Realiza a passagem de sonda gástrica para descartar atresia de esôfago, aspiração nasal para afastar atresia de coanas. Os objetivos da prática do exame físico são: avaliação de desvios e anormalidades nas primeiras 24 horas, atribuir diagnósticos de enfermagem, prescrições de enfermagem e uma assistência adequada e específica do RN. São necessários para a realização segura e eficiente do exame físico do RN equipamentos e materiais individuais (termômetro, estetoscópio) e coletivos (monitor cardiorrespiratório, monitor de P.A., oxímetro de pulso, fita métrica ou régua antropométrica, balança neonatal). Realizar a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta, no sentido céfalo-podálico, com uma revisão minuciosa de todos os segmentos e regiões corporais. Depois do período de transição, o bebê é avaliado em intervalos periódicos, tendo ajustado o plano de cuidados de acordo com o aparecimento dos achados, e uma das doenças que pode ser diagnosticada ao exame físico é a Síndrome de Jeune, observando-se alterações na caixa torácica. A Síndrome de Jeune ou Distrofia Torácica Asfixiante (DTA), é uma doença autossômica recessiva rara localizada no cromossomo 15q13. Esta síndrome foi descrita primeiramente no ano de 1955, por Jeune e colaboradores. Ocorre em uma frequência de um caso para cada 100.000 a 130.000 nascidos vivos nos Estados Unidos. Esta síndrome é caracterizada por uma displasia óssea com variadas anormalidades – caixa torácica pequena, estreita e alongada, desenvolvimento anormal das costelas que resulta em hipoplasia pulmonar, anomalias associadas, incluindo membros curtos, asas ilíacas hipoplásicas, anomalia pancreática, cardíaca, hepática, de retina e displasia renal, sendo que a idade em que o quadro clínico se apresenta

está correlacionada com a severidade da doença. Pode ser classificados em: letais, severos, moderados e formas latentes. O diagnóstico é feito com base no histórico e exame clínico, exames radiológicos que apontam a presença de alterações. No período perinatal ocorre a maioria das mortes, pois o tórax curto e extremamente reduzido e em forma de “sino”, causa restrição pulmonar levando à asfixia. Alguns pacientes diagnosticados tardiamente podem apresentar ventilação adequada em repouso e melhorar a capacidade respiratória com o passar dos anos. Pode haver comprometimento hepático, cirrose hepática congênita e insuficiência renal. Não existe um tratamento específico para esta síndrome. Alguns pacientes melhoram espontaneamente. Embora a mortalidade chegue a 75% dos casos dentro do primeiro ano de vida, há perspectivas de estender e melhorar a vida deste paciente, por meio de terapia de suporte com ventilação mecânica, imunoterapia e tratamento precoce das infecções respiratórias com antibióticos e fisioterapia. 2. METODOLOGIA Trata-se de um estudo bibliográfico, e o levantamento foi obtido através da busca em base de dados como BIREME, MEDLINE e SCIELO, no mês de Junho de 2015. Utilizou-se como descritores: Síndrome de Jeune; Distrofia Torácica Asfixiante; Exame Físico; Recém-Nascido. Foram identificados 12 estudos, entre os anos de 1998 e 2014, e frente aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 05 artigos. 2. RESULTADOS: Através da avaliação dos dados observou-se que é fundamental que o enfermeiro seja um profundo conhecedor das características anatomo-fisiológicas e das necessidades básicas do RN e ser capaz de reconhecer os sinais clínicos, apurando seus sentidos e sua técnica de exame, sempre de acordo com os princípios gerais da semiologia, durante os períodos de pré-parto, parto e pós-parto. O RN é um ser que deve ser considerado

em toda a sua individualidade, pois tem necessidades próprias que variam em intensidade, ritmo e expressão, bem como na maneira de agir frente a dor e ao prazer. Esse profissional de tomar decisões e dar condições mais seguras e corretas acerca do cuidado ao recém-nascido imediatamente após seu nascimento. 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS A revisão da literatura mostrou que a sistematização da assistência de enfermagem é fundamental para uma atenção adequada ao recém-nascido diagnosticado com esse tipo de síndrome respiratória grave. Esse processo inclui uma avaliação cuidadosa das suas condições clínicas a fim de que os problemas identificados e os cuidados ou procedimentos de enfermagem, sejam devidamente planejados e executados. O enfermeiro, reconhecendo a importância do exame físico e implementando este procedimento na sua rotina diária, estará atendendo às necessidades do RN de forma adequada e individualizada.

A CONSTRUÇÃO DA REDE ONCOLÓGICA NO TERRITÓRIO MICROPOLÍTICO DO CUIDADO: O CASO ANUNCIAÇÃO

Mariana Pompílio Gomes Cabral, Evelyne Viana de Franca, Consuelo Helena Aires de Freitas, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge

Palavras-chave: rede oncológica, micropolítica, mulher com câncer

APRESENTAÇÃO: A proposta de estudar a construção da rede oncológica no território micropolítico do cuidado, emerge de um projeto nacional, ainda em andamento, intitulado por: “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”.

Argumenta-se a importância de se estudar essa temática à medida que se revelam dados do Instituto Nacional do Câncer afirmando que as patologias oncológicas vêm apresentando elevados índices de incidência e morbimortalidade, à nível nacional e internacional. Diante dos dados epidemiológicos, a problemática convoca à saúde pública a organizar estratégias para prevenção e controle no combate ao câncer e seus fatores de risco. Como proposta, surge a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica, com a iniciativa de criação de uma rede oncológica com o intuito de fazer não somente a organização do cuidado, mas também a conexão entre os diversos seguimentos que produzem cuidado às pessoas com câncer, desde à prevenção e a promoção da saúde, interligando à atenção secundária e terciária. Entretanto, não é tarefa fácil, haja vista que trata-se de uma doença crônica que tem um campo multideterminado. Embora a política preconize um cuidado integral a pacientes com câncer, sabe-se que a rede de saúde é um processo de construção que se dá no cotidiano dos serviços e que envolve várias especificidades e singularidades entre os sujeitos produtores de cuidado. A construção de uma rede não é pontual, causal e linear. Muito pelo contrário, ela se dá em multiplicidade, em conexão com diversos atores, serviços e instâncias do cuidado. Tratando-se das peculiaridades da construção de redes de saúde para assistência à mulher com câncer, é imprescindível problematizá-la em sua singularidade, no contexto histórico do feminino na sociedade, enxergando-a em sua existência, para além da doença. OBJETIVOS: Diante dessas perspectivas apresentadas, o objetivo desse estudo é discutir e problematizar a construção micropolítica da rede oncológica em uma perspectiva centrada no usuário. METODOLOGIA: Nessa pesquisa, tem-se como guia a cartografia

da vivência de Anunciação, uma mulher que narra sua experiência de adoecimento e produção do cuidado em conexão com redes formais e informais no âmbito da oncologia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, localizada em São Luís/Ma, com orientação cartográfica e análise atrelada à vertente pós-estruturalista. Realiza-se, à medida que narra a trajetória de cuidado da usuária-guia, acompanhando os processos que emergem na construção de cuidado oncológico, evidenciando seus caminhos percorridos, suas conexões com redes formais e informais. Nesse caminhar, participaram da pesquisa atores de importância para a produção do cuidado vivo e em ato, são estes: Aparecida, sua companheira; Luna, sua filha; Sofia, sua prima mãe de santo; Maria, Agente Comunitária de Saúde; Pedro, oncologista; Lídia, ginecologista. Também participaram da construção da rede oncológica da usuária-guia, os serviços de saúde formais - a atenção primária e o hospital de referência oncológica -, e os serviços vivos de cuidado: religião de matriz africana, umbanda. Pertence a uma pesquisa maior, com parecer 560.597 de 23/03/2014. RESULTADOS: Como resultados, revela-se o caso de Anunciação, 58 anos, em tratamento de câncer do colo uterino há três anos. Esse caso atinge uma complexidade, pois extrapola o protocolo formal de construção da rede oncológica. As narrativas, as expressões corporais e os contextos que vão surgindo formam um conjunto que destoa da representação formal que se tem acerca da assistência oncológica e da vivência do câncer que se encontram nos manuais. Esse caso, produz diferença. Tratando-se da produção micropolítica do cuidado oncológico, Anunciação, antes de seu tratamento, nunca tinha ouvido falar e não havia feito exame de prevenção nem em casa, nem na atenção primária. Cartografando o território, a pesquisa descobriu que Anunciação mora em uma

área descoberta pela atenção primária, em um bairro de grande vulnerabilidade social, esquecido e marginalizado em São Luís/Ma. Normativamente, a Rede Oncológica elenca como ponto fundamental de cuidado a atenção primária à saúde, sendo esta a ferramenta potencial para diminuição do agravamento e de mortalidade pelo adoecimento oncológico. Entretanto, o centro de saúde da família, que seria sua referência, funciona tanto para atender ao território comunitário, como pessoas que vêm do interior em busca de cuidado, o que ocasiona uma grande demanda e dificuldade em atender a toda a população adscrita. O único serviço de saúde que promove cuidado à Anunciação é o hospital, onde a mesma refere um cuidado resolutivo, acolhedor, promotor de vínculos afetivos e corresponsabilizados. Diante dos caminhos traçados, acerca da sua relação com a rede de assistência oncológica formal, é possível perceber uma centralidade do cuidado voltada somente ao hospital oncológico de referência. É nesse lugar que acontecem todos os passos do processo de tratamento oncológico, desde o diagnóstico, realização de exames, tratamento com quimioterapia e radioterapia, até a reabilitação. Anunciação enfatiza que seu médico de referência oncológica afirma em todas as consultas que tudo que ela sentir, que se dirija diretamente ao hospital, onde todos os seus problemas de saúde serão assistido - gripe, virose, gastrite. Ou seja, o cuidado é restritamente hospitalar, sem pontos de apoio comunitários de promoção à saúde. Outra produção de diferença que vale destacar são as formas de cuidado relacionadas à religiosidade e à espiritualidade. O sentido de cura do câncer tem ligação direta à sua prima mãe de santo e à umbanda. Refere-se repetidas vezes que foi a sua fé que lhe curou. Para Anunciação, o câncer foi um acontecimento que mudou sua existência, suas relações afetivas e seu cotidiano. Ela se

tornou mais isolada socialmente, referindo como atividade de lazer apenas assistir um programa de televisão sobre cuidados à saúde. A convivência com sua companheira passa a ser restrita a uma relação de cuidados de saúde. Apresenta também como cuidadora, sua filha, com 29 anos, que também nunca fez exame preventivo, relatando problemas de saúde sem receber e procurar assistência. É válido ressaltar que a sua relação homoafetiva e sua relação com a umbanda são dimensões de sua existência que permanecem veladas, tanto às pessoas que convivem com ela na comunidade, como para seu oncologista e ginecologista. Trata-se, então, de uma mulher que foge à norma vigente social do ser mulher heterossexual, casada, que serve ao lar, ao marido e aos filhos. Anunciação inventa sua vida, suas relações e suas conexões para a construção de uma rede oncológica que seja resolutiva à suas demandas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo se encaminha para reflexões sobre os desafios da construção micropolítica de uma rede oncológica, com conexões em multiplicidade e ao mesmo tempo, em imanência com a singularidade e a diferença. Pontua-se também a necessidade de um olhar integral à mulher com câncer, percebendo-a em sua existência feminina. Espera-se que essa pesquisa contribua para a afirmação da potência de vida e promoção de saúde de usuários que produzem e são produzidos pelos cuidados da rede oncológica.

A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS PROFISSIONAIS NO SUS HOJE: AS RELAÇÕES ENTRE TRAJETÓRIA EDUCACIONAL E INSERÇÃO OCUPACIONAL

Monica Vieira, Filippina Chinelli, Denise Fortes, Arthur Fontennelle, Luciana D'avilla, Joelma Barbosa, Nanci Silva

Palavras-chave: trajetórias profissionais, qualificação, trabalho

APRESENTAÇÃO: Parte de pesquisa sobre trajetórias de técnicos da saúde, trata das relações entre formação e inserção ocupacional de trabalhadores do SUS como construção subjetiva de caráter multidimensional, na premissa de que as narrativas constituem fragmentos que dão acesso aos seus contextos sociais. A análise considera o contexto de mudanças que vêm afetando a organização e a gestão do trabalho no SUS a partir dos anos 2000, período em que o crescimento dos postos de trabalho impulsionado, sobretudo pela consolidação da atenção básica como política pública de saúde prioritária no país, é acompanhado pelo aumento da escolaridade e da qualificação dos trabalhadores. Contudo, o que se verifica na realidade é o descompasso entre formação e inserção, intensificação das parcerias públicas privadas e de vínculos precarizados. Embora, de forma geral, a literatura afirme que esse desencontro é vivenciado pelos jovens e, sobretudo, pelos mais escolarizados trata-se de processo que caracteriza cada vez mais a inserção ocupacional dos trabalhadores como um todo. Algumas das questões que nortearam o estudo expressam a preocupação com o tema: Quais os fatores que intervêm nos percursos educacionais e ocupacionais dos diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde? Quais os diferentes processos de formação educacional, e suas relações com os postos de trabalho ocupados pelos técnicos em saúde? O que envolve o prosseguimento de estudos dos trabalhadores técnicos em saúde? Na análise buscou-se identificar a especificidade dos percursos formativos e ocupacionais desses diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde; analisar a relação entre formação técnica em saúde e trajetórias educacional e ocupacional; compreender

como percebem a relação entre sua formação e inserção profissional. OBJETIVO: Analisar as relações entre as trajetórias educacionais de trabalhadores e sua inserção ocupacional no SUS, considerando que são processos socialmente construídos que envolvem múltiplas determinações. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este estudo está baseado em entrevistas aprofundadas realizadas nos municípios do Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Campo Grande (MS), Salvador (BA), Blumenau (SC) e Rio Branco (AC) entre 2013 e 2014 com trabalhadores que ocupam postos de nível médio ligado à atenção básica [1], a saber: auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de saúde bucal e técnica de saúde bucal, agentes de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental). As entrevistas foram realizadas com a participação de profissionais de cinco escolas técnicas do SUS das 05 regiões brasileiras, totalizando 130 entrevistas, com média de 1 hora de duração. Os roteiros foram elaborados a partir de estudos anteriores do Observatório dos Técnicos em Saúde e da literatura pertinente ao tema do estudo tendo sido discutidos coletivamente em Oficinas de Trabalho com os participantes de todas as regiões contempladas. Foram orientadas por roteiros que contemplaram, de forma geral, os seguintes aspectos: caracterização socioeconômica, composição familiar, trajetória educacional, trajetória ocupacional com ênfase na inserção no mercado de trabalho em saúde, relação formação e ocupação, motivação de ingresso e permanência na área e expectativas profissionais. Os trabalhadores foram selecionados através da rede de relações dos pesquisadores, procurando diversificá-los quanto à idade, sexo, tipo de vínculo, nível de qualificação e tempo de permanência no trabalho em saúde. As entrevistas foram realizadas nos lugares e momentos de conveniência dos

entrevistados, tendo ocorrido, sobretudo, nos seus locais de trabalho, respeitando intervalos de sua rotina laboral. As entrevistas foram analisadas com base em uma perspectiva compreensiva que busca os sentidos e os significados da fala dos trabalhadores, entendida como resultante de condições históricas e sociais assim como a interpretação elaborada pelos pesquisadores. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Para garantir o anonimato dos entrevistados, as falas foram identificadas por uma sequência de letras que significam, respectivamente, TE para trabalhador da enfermagem, TVS trabalhador da vigilância, TSB trabalhador da saúde bucal e TACS para trabalhador agente comunitário de saúde a inicial da região (S para sul, CO para Centro-Oeste, N para norte, NE para nordeste e SE para sudeste), seguido do número cardinal de ordem da entrevista. RESULTADOS: Foi possível constatar a ampliação do acesso ao ensino médio, técnico e superior a partir dos anos 1990 tendo por base as transformações da sociedade brasileira e do mercado de trabalho. Identificou-se a explicitação do apelo social que relaciona escolarização, profissionalização e empregabilidade como fenômeno associado à mobilização de estudantes/trabalhadores para ampliação de sua escolaridade. Nesta pesquisa pretendeu-se evidenciar a diversidade de situações recobertas pela condição de estudante/trabalhador técnico em saúde e o lugar variável que ocupa o estudo em suas vidas. Nesse sentido, entendeu-se ser fundamental analisar as condições de acesso, a escolha pelo curso e as estratégias adotadas pelo estudante para iniciar sua profissionalização pela formação técnica em saúde. É relevante nesse caso ressaltar a controvérsia que envolve a educação profissional de nível técnico que, por um lado, é apresentada

como uma alternativa eficiente e necessária de qualificação que contribui para reduzir o desemprego entre os jovens e, por outro lado, é acusada de aprisionar os jovens oriundos das classes sociais menos favorecidas em ocupações que dificultam o acesso futuro a níveis educacionais mais elevados. Os trabalhadores fazem uma opção mais tardia pela área da saúde e essa mudança no perfil etário sugere um retorno à escola de trabalhadores em busca de uma formação técnica que poderia facilitar-lhes o acesso a postos de trabalho mais qualificados e melhor remunerados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As trajetórias dos grupos ocupacionais estudados são marcadas por graus diferenciados de vulnerabilidade social e imprevisibilidade. A busca por uma melhor sobrevivência define suas expectativas de futuro e o aumento da escolaridade é um anseio de todos, assim como a necessidade de reconhecimento e identidade que os trabalhadores associam ao maior equilíbrio entre formação e inserção ocupacional. A mesma luta que marca suas trajetórias contorna suas expectativas de futuro já que a ideia de construção de um projeto profissional associado à possibilidade de realização e crescimento é algo muito distante da relação “errática” que conseguiram construir com seu trabalho e sua qualificação. A análise das trajetórias confirma-se como temática relevante no campo do trabalho e da educação no momento em que o SUS adota dispositivos de gestão baseados na flexibilidade e produtividade. É cada vez mais complexa e menos linear a relação com o trabalho e a qualificação dos trabalhadores, especialmente dos que atuam na atenção básica. Salienta-se o lugar das ETSUS na construção de uma Política de Qualificação Profissional no SUS. [1] Para o presente artigo foram desconsideradas as entrevistas de trabalhadores da enfermagem que não atuam na atenção básica

A CRISE HÍDRICA VERSUS A REEMERGÊNCIA DE DOENÇAS NO ESTADO DA BAHIA

Cinoélia Leal de Souza, Kelly Albuquerque de Oliveira, Maria Alves da Silva

Palavras-chave: Escassez de Água, Abastecimento de Água, Saúde pública, Saúde Ambiental, Meio ambiente

Apresentação: O território brasileiro contém cerca de 12% de toda a água doce do planeta, apesar da abundância, os recursos hídricos brasileiros não são inesgotáveis, e o acesso à água não é igual para todos. Além disso, as características geográficas de cada região e as mudanças de vazão dos rios, que ocorrem devido às variações climáticas ao longo do ano, afetam a sua distribuição (MMA, 2015). Somam-se as questões econômicas, às questões climáticas, às ações humanas, e o resultado dessa interação pode provocar diversas implicações na saúde pública, sendo que há vários tipos de doenças que podem ser causadas por algum fator relacionado com a água. São exemplos: em locais com saneamento básico deficiente, falta de água tratada e/ou de rede de esgoto ou de alternativas adequadas para a deposição dos dejetos humanos), as doenças podem ocorrer devido à contaminação da água por esses dejetos ou pelo contato com esgoto despejado nas ruas ou nos córregos e rios. E ainda, a falta de água também pode causar doenças, pois, sua escassez impede uma higiene adequada. Incluem-se também na lista de doenças de transmissão hídrica, aquelas causadas por insetos que se desenvolvem na água (BRASIL, 2009). Para Rouquayrol (2014), as doenças infecciosas emergentes são as que surgiram recentemente numa população ou as que ameaçam se expandirem no futuro, já as reemergentes são aquelas causadas por microrganismos conhecidos, que estavam sob controle, mas se tornaram resistentes

ou estão se expandindo rapidamente em determinada área geográfica, como a dengue. No Brasil, houve uma queda das mortes por doenças infecciosas, de 50% para 5%, (de 1930 a 2007), contudo as mortes por HIV/AIDS e dengue por exemplo, cresceram a partir dos anos 1980. Entre as doenças transmissíveis com quadro de persistência, como hepatites virais, a tuberculose e a leptospirose (em áreas geográficas restritas e em períodos chuvosos), ainda apresenta muitos casos e complicações, sendo que grande parte dessas doenças apresenta a sua vinculação relacionada à água de alguma forma, e os números são maiores na região Nordeste do País (ROUQUAYROL, 2014). Com isso, pretendeu-se analisar a influência da escassez de água na saúde pública e na reemergência de doenças infecciosas no estado da Bahia de 2007 a 2012. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório de caráter transversal. O período escolhido para o estudo é referente à disponibilidade dos dados em todos os bancos de dados. A pesquisa realizada foi composta a partir de dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e com dados da Agência Nacional de Água do Brasil a qual é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (SINGREH), sistema de coleta, tratamento, armazenamento e recuperação de informações sobre recursos hídricos. Para análise da situação entre a escassez de água e a incidência de doenças reemergentes foram utilizados os seguintes indicadores: água (total de reservatórios, volume menor que 30% e volume acima de 90%); e os agravos à saúde (Cólera, Dengue, Febre Tifoide e Hepatite A). Para análise dos indicadores o processo envolveu a caracterização dos casos dos agravos estudados, utilizando as variáveis: faixa etária, sexo, raça e escolaridade dos casos notificados, assim como estimativa das

incidências para o estado da Bahia para o período estudado. No segundo momento foi realizada a comparação ano a ano entre os agravos e o volume para compreensão do aumento ou redução das doenças em função da melhoria ou não da disponibilidade da água no estado ao longo do tempo. Resultados: Em relação à disponibilização de água no estado da Bahia, percebeu-se que a quantidade de reservatórios (total de 41 reservatórios de água) vem permanecendo constante nos últimos anos, com volumes cada vez menores, apesar da comprovada escassez de água em diversos municípios do estado da Bahia, sinalizando para a reavaliação das políticas públicas de fornecimento de água. Sabe-se que o Nordeste brasileiro apresenta condições hídricas desfavoráveis que combinam: evapotranspiração alta durante todo ano, baixa precipitação, subsolo desfavorável em muitas regiões e baixo desenvolvimento econômico social. A dengue, que foi reintroduzida no país em 1982, após o retorno do mosquito transmissor da doença na década de 1970, que havia sido eliminado das décadas de 1950 e 1960. No ano 2012, quatro sorotipos circulavam no país, com a disseminação recente do DENV4, sendo que o Brasil enfrenta atualmente uma epidemia (ROUQUAYROL, 2013). No período de 2007 a 2012 o número total de casos de dengue no estado da Bahia foi de 27.1629, problema que não é novo, mas que vem se intensificando nos últimos anos, aumentando o número de casos e de notificações. Tal situação é evidenciada nas diferenças sociais no acesso a recursos e equipamentos públicos implica diretamente no quadro de saúde das pessoas, quando se compara o número de casos de dengue, febre tifoide e hepatite A na Bahia de 2007 a 2012, o número de casos é extremamente mais elevado na população com menos de 8 anos de estudo, com 65,364 (66,33%), 41 (62,12%) e 1009 (84,58%) respectivamente. Em relação ao número de casos das mesmas

doenças comparados em diferentes grupos etários, tem-se 137.612 (78,62) dos casos de dengue em pessoas declaradas negras e 37,431 (21,38%) não negras; para hepatite A 2.051 (80,20%) dos casos atribuídos a pessoas negras, e para febre tifoide o número de casos na população negra é de: 81 (78,31%) dos casos, o que demonstra a inequidade na distribuição e acesso aos serviços e equipamentos públicos de saúde, sanitários e hídricos. Como apontado por Pignatti (2004) apesar das diferentes manifestações clínico-epidemiológicas das doenças transmissíveis, a dinâmica do surgimento de novas doenças é complexa e necessita de um olhar transdisciplinar. O necessário fortalecimento dos programas de vigilância epidemiológica implica investimentos em infraestrutura criando as condições necessárias para a atuação oportuna, adequada e na amplitude necessária; o estabelecimento de um sistema de informações e, principalmente, a capacitação técnica. Segundo Souza e Andrade (2014), o Brasil avançou ao longo dos anos, com grandes conquistas da sociedade, sobretudo, no setor Saúde, com a criação do SUS, mas ainda enfrenta problemas básicos de estruturação, efetividade e acesso a serviços e equipamentos públicos básicos, como educação, infraestrutura, saneamento básico e saúde. Considerações finais: O Nordeste brasileiro convive a muitos anos com a escassez de água, e os problemas ambientais e de saúde advindos dessa situação, caracterizada principalmente pelo clima e relevo da região, o que torna fundamental a constante análise, avaliação e a proposição de ações e políticas de saúde que visem enfrentar tal situação e consequentemente melhorar a qualidade de vida da população. Nota-se que, as tendências nos indicadores de saúde/doença no que se refere a esse quadro ainda carece de muita atenção, pois doenças consideradas “do passado” ainda assolam muitas comunidades da região Nordeste

do país, como a Dengue e atualmente a Chikungunya e a Febre Zica. Alternativas devem ser criadas para o enfrentamento da crise hídrica e das consequências que ela gera na saúde das pessoas.

A EPIDEMIA DO EBOLA E SUA REPERCUSSÃO NA FOLHA DE SÃO PAULO: UMA ANÁLISE DE MÍDIA

Gisele Domingues de Mattos, Liara Saldanha Brites, Rachel Cohen, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Meios de Comunicação, Fator de Impacto de Revistas, Notícias

Apresentação: Em 2014, a Epidemia do Ebola atingiu regiões situadas na África Ocidental. Tornou-se enigmático porque o surto causado pelo vírus localizou-se na África Ocidental, afinal, a região é distinta e longínqua daquela em que encontramos os primeiros indícios dessa Epidemia, bem como é distante do local que serve de habitat natural para os morcegos da fruta – principal reservatório da doença. A Epidemia teve início em março de 2014, na Guiné, e propagou-se para países vizinhos como Libéria, Serra Leoa e Nigéria. Esses três primeiros ocupam, respectivamente, a 179^ª, 175^ª e 183^ª posições no ranking de países e territórios com piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), entre os 185 do Sistema das Nações Unidas, comparando aspectos como riqueza, educação, esperança de vida e natalidade (BAUSCH, SCHWARZ, 2014). Relacionado ao baixo IDH, esses países são caracterizados por sistemas de saúde insuficientes ou até inexistentes, o que torna a atual epidemia uma consequência do sistema de pobreza e da brutal exploração de recursos naturais da região. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o dia 31 de dezembro

de 2014, houve 20.206 casos notificados de doença pelo vírus Ebola, com 7.905 mortes relatadas. Frente a isso, os meios de comunicação, que veiculam ou produzem notícias, representações e expectativas nos indivíduos com propagandas, informações e noticiários, expuseram tal problemática sem que seja realizado um paralelo de comparação adequado com a epidemiologia da enfermidade. Desenvolvimento: O presente trabalho objetivou identificar o conteúdo e os significados dos discursos publicados em um jornal brasileiro, visando compreender como tais reportagens contribuíram para a construção de “saberes” a respeito do Ebola. A metodologia priorizou todas as reportagens veiculadas no período de janeiro a dezembro de 2014, na Folha de São Paulo (FSP), em sua versão online, cujo tema central foi a Epidemia do Ebola. Para tanto, foi inserido a palavra “ebola” no campo de filtragem do site do Jornal e resultaram 153 reportagens, que foram analisadas a partir dos seguintes aspectos: o tema da manchete e do texto, o discurso enunciado/escrito, os personagens citados (grupos específicos), o local de onde se fala, o enfoque do artigo e a(s) fonte(s) de informação. Os discursos enunciados foram submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2014). Resultados e/ou impactos: Dentre as 153 reportagens selecionadas, 25 reportagens (16,33%) foram publicadas no primeiro e 128 (83,6%) no segundo semestre de 2014. O aumento significativo pode estar relacionado à declaração da OMS, em 8 de agosto de 2014, que decretou a Epidemia do Ebola uma “Emergência de Saúde Pública de alcance mundial”. As principais fontes das reportagens publicadas na FSP foram a própria Folha de São Paulo e a Agência de Notícias. Dentre as publicações da FSP, a produção brasileira corresponde a 53,57% das fontes de informação das reportagens publicadas; os Estados Unidos da América (EUA) são responsáveis por 11,75%; a França por 18,28%; a Inglaterra por 8,49%;

a Espanha por 3,92%; a Alemanha por 1,30%; e a China por 1,30%. Em relação aos personagens citados, 49,71% das reportagens se reportaram às populações de Serra Leoa, Guiné e Libéria, e aos profissionais de saúde e representantes de organizações envolvidas no combate à doença. O Governo dos EUA e as populações dos países europeus, dos EUA e do Brasil corresponderam a 27,10% dos personagens citados, sendo o seu conteúdo diretamente relacionado ao risco de propagação da Epidemia. Em relação aos locais onde se fala sobre o Ebola na mídia, 59,44% referiram os países africanos de Serra Leoa, Nigéria e Libéria; 14,68% referiram os EUA, 13,28% o Brasil e 11,88% os países europeus. Em relação ao conteúdo das reportagens, a análise do material pesquisado convergiu para obtenção das seguintes categorias: a) Enfoque das Reportagens. As manchetes continham aspectos amedrontadores, o número crescente de mortes e casos da doença, o risco de disseminação da Epidemia e o rompimento de fronteiras. Foi possível observar um enfoque alarmista em 32,02% das reportagens analisadas. Poucas foram as reportagens (3,92%) que visaram acalantar o medo da população e agir com cautela aliado à ciência. As repetidas publicações do número de mortes e casos da doença, indicando inclusive a morte de profissionais da saúde, podem ter influenciado para a construção de um caráter alarmista da Epidemia; b) Estigmas da população atingida. Na análise, foram evidenciadas várias barreiras morais, culturais e discriminatórias no controle e combate à Epidemia, as quais podem ter influenciado na disseminação da doença e no aumento significativo do número de casos e mortes; c) Epidemia do Ebola e sua relação com o mundo. A FSP noticiou o envolvimento significativo de toda a comunidade internacional na luta contra a Epidemia do Ebola. Relatou esforços na busca pelo controle da Epidemia, visando

diminuir o risco de propagação da doença para fora do território africano. O apoio internacional no combate à Epidemia foi evidenciado com relatos de ações como a criação do primeiro centro para tratamento da doença na Libéria pela China e o apoio mútuo de países como os EUA, Coreia do Sul, Japão e Brasil na obtenção de insumos, equipamentos de saúde e recursos humanos no combate à doença e sua propagação. d) Epidemia do Ebola e Brasil. Foi possível observar que, em 91,6% das reportagens, o Brasil estava preparado e organizado para lidar com a Epidemia. A maioria das reportagens demonstraram segurança e controle pelas autoridades de saúde nas questões relacionadas à forma de combate e enfrentamento da doença, enquanto umas poucas (menos de 10% do total) diferiram das demais ao evidenciar aspectos críticos e de apreensão relacionados à Epidemia do Ebola no Brasil. Considerações finais: A FSP, em 2014, publicou informações a respeito da Epidemia do Ebola de um modo alarmista. A crescente divulgação do número de casos e mortes demonstrou um interesse midiático em expor aspectos amedrontadores da doença. As informações decorrentes dos discursos da população atingida pela Epidemia mostraram um saber frágil, inconsistente, baseado no senso comum, em que a doença em si e o modo de transmissão foram permeados por mitos. Ao mesmo tempo, a opinião de especialistas e autoridades sanitárias mundiais conferiu uma cientificidade para a informação, possibilitando confiabilidade às reportagens. À medida que a mídia atua como formadora de opinião, permite ao leitor a interpretação da informação divulgada através de diferentes enfoques. As significações do Ebola foram construídas no espaço midiático, quando a Epidemia foi decretada uma Emergência de Saúde Pública de alcance mundial, o que ocasionou a visibilidade necessária para se tornar uma ameaça internacional.

A FABRICAÇÃO DE REDES PELO USUÁRIO NA PRODUÇÃO DO SEU CUIDADO

Renato Staevie Baduy, Maria Lucia da Silva Lopes, Josiane Lima, Daniela de Re, Vanessa Rosseto, Silvana Machiavelli, Terezinha Campos, Francieli Rockenback, Rossana Baduy, Kathleen Cruz

A aposta de se trabalhar em redes está no SUS desde a Constituição de 1988. O capítulo da saúde estabelece em seus princípios e diretrizes que elas sejam regionalizadas e hierarquizadas. O mesmo acontece na Lei 8080, no capítulo 2, quando é abordada a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, também enfatizando a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Mais recentemente no Decreto 7508/2011, a construção de redes estruturadas é detalhada, colocando a atenção básica como porta de entrada preferencial, acrescentando que o usuário pode acessar o sistema por meio de outras redes criadas a partir das características de cada Região de Saúde. Essas redes formais são, em princípio, uma proposta de estruturação rígida, apostando que o cuidado pode ser produzido de maneira contínua por meio de um sistema de informação que ligue usuários, gestores e prestadores de serviços. A população e o território devem ser conhecidos por meio do perfil epidemiológico, e uma combinação entre racionalidade econômico-financeira e diagnóstico epidemiológico define a oferta de serviços de saúde para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, a partir de diferentes estratégias e construção de programas. As redes fabricadas pelos serviços de saúde frequentemente têm uma formatação fixa, sólida, previsíveis, como se fossem possíveis de ser controladas, progridem por etapas de um ponto ao outro. Já as redes vivas que são fragmentarias, produzidas no

acontecimento, montam e desmontam de acordo com a necessidade do momento, dão saltos de um ponto ao outro, produzem desvios, linhas de fuga aos fluxos instituídos. Portanto, nesta cena, cabe uma questão: em seu desenho, as redes formais são suficientes para atender as necessidades dos usuários? A história de Lóris nos dá algumas pistas nesse sentido. Lóris é uma mulher de 47 anos, moradora de um município de aproximadamente 300.000 habitantes do interior do Paraná que, em sua multiplicidade, é trabalhadora, mãe, namorada, gosta de dançar, andar de moto, de cozinhar e levar a vida do seu jeito. Em uma tarde, após um grave acidente entre sua moto e um ônibus e cento e vinte dias de internação hospitalar, volta para casa acamada, imóvel e tetraplégica. A partir daí, é assistida pela rede formal do município que oferece vários arranjos como: o programa de assistência e internação domiciliar (PAID), serviço de fisioterapia entre outros. Por outro lado, a vida de Lóris demanda necessidades, problemas e desejos que as redes formais não dão conta. Então, outras perspectivas para pensar e produzir novos arranjos, que problematizassem e rompessem com a previsibilidade do manejo dos processos de cuidado, começaram a ser construídos. Foi nesse cenário, que a pesquisa “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”, teve início. Este estudo de abrangência nacional é traduzido pela construção de vários projetos qualitativos de investigação. A atenção domiciliar, enquanto uma das redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde, foi contemplada no município de Lóris que, por sua vez, foi escolhida pelos trabalhadores para ser a usuária-guia, opção metodológica da pesquisa. Frente a isso, este trabalho tem como objetivo analisar

as redes produzidas pela usuária na busca do seu cuidado. Lóris atua como dispositivo que provoca deslocamentos no instituído e agencia a produção do seu cuidado, superando os limites identificados nos serviços de saúde. Conseguiu ter um efeito disparador, abrindo inúmeras janelas e produzindo, em ato, rede viva. Vai vazando o instituído e, de maneira rizomática, agencia pessoas e rompe com a afirmativa de que os usuários são ausentes de potência e, na sua imobilidade, constrói mobilidades. Seus três filhos se reaproximam e, em diferentes momentos assumem como cuidadores; os vizinhos se mobilizam e realizam adaptações na casa para melhorar a acessibilidade, passam a cortar a grama, árvore, a realizar pequenos reparos para manutenção de sua casa, além disso, dividem os custos de mais uma fisioterapeuta para garantir o atendimento todos os dias da semana. A partir de um movimento da igreja, um guincho foi comprado para facilitar sua saída do leito para a cadeira de rodas; a ex-patroa traz, mensalmente, uma cesta básica; o motorista que a atropelou complementa com materiais de limpeza e assim Lóris vai construindo caminhos para produzir seu cuidado. Nesse momento, o desejo que a mobiliza é ampliar seus poucos movimentos nos membros superiores para conseguir uma cadeira de rodas elétrica, o que lhe trará autonomia para viver. Lóris, apesar de sua imobilidade, produz mobilidade e vida. Conta uma trabalhadora do PAID que ela era uma pessoa que adorava cozinhar e hoje, apesar de imóvel, construiu um novo sentido para a culinária em sua vida, ensina suas receitas para outras pessoas. Tornou-se prática recorrente as equipes que a atendem testarem suas receitas e, vez ou outra, comentar seus fracassos e sucessos com Lóris, apostando que o conhecimento de outros territórios existenciais para além da saúde, constrói vínculo e reconhece a potência outro. É neste sentido que

é possível dar visibilidade a: como uma imobilidade é capaz de movimentar novos mundos. Dentro destas condições da existência, onde muitos veem um corpo morto, há uma vida que se forja e produz muitos e novos sentidos para existir. Nesta cena, uma política de saúde deve ser produzida no encontro entre trabalhadores e usuários, onde ambos mostram-se disponíveis a serem afetados e a construir um projeto terapêutico conjuntamente. Esta é uma aposta de um determinado jeito de se produzir. É assim que o cuidado em saúde, focado no usuário e em toda sua multiplicidade de vivências, alargando os saberes já há muito estruturados. Aqui há uma tensão evidente e um movimento por parte dos trabalhadores que não é simples e fácil, pois é uma passagem que coloca os conhecimentos já existentes em suspensão para, no encontro com os usuários, construir novas práticas de cuidado em saúde. Um olhar atento percebe que essa existência pode e produz redes que costuram sentidos. Ao final, é possível considerar que o usuário se vincula a rede formal, entretanto, produz redes vivas pautadas em suas necessidades e problemas. Especificamente com Lóris, o que a agencia são seus desejos. Na sua imobilidade ela produz mobilidade e é um dispositivo de reflexão e transformação para as pessoas com quem se relaciona.

A FORÇA DO HABITUS NA RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA E PACIENTE

Vitoria Regina Quirino de Araujo, Lemuel Dourado Sobrinho

Palavras-chave: Relação, Profissão, Saúde

APRESENTAÇÃO: Diversas questões relativas à relação profissional de saúde e paciente são investigadas tanto sob a perspectiva das Ciências Sociais quanto pelas disciplinas do campo da saúde. Tendo em vista a

complexidade inerente às práticas da saúde e aos indivíduos adoecidos ou com disfunções residuais às doenças, profissionais do campo da saúde com formações diversificadas integram a equipe no atendimento interprofissional. Assim, frequentemente, no processo de cuidado as equipes profissionais com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais; participam com contribuições próprias de cada área nas várias etapas dos processos de adoecimento: do diagnóstico e prognóstico, ao tratamento, reabilitação e cura. Portanto, a cada encontro entre profissionais e pacientes, a possibilidade da relação entre o profissional de saúde e paciente se faz presente. Nela cada um dos atores se posiciona lançando mão não apenas da sua competência profissional, mas também da habilidade relacional. Entre as proposições e estratégias das Políticas Públicas de Saúde, vários aspectos associados à realidade das relações humanas estabelecidas no campo das práticas em saúde são defendidos. Ressaltam-se a prática da igualdade na assistência à saúde sem distinção ou privilégios, difundem-se políticas de qualificação em saúde, onde o acolhimento, a humanização e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais se configuram como dimensões precípuas. Contudo, é corrente o entendimento de que há um conjunto de tensões, dilemas e conflitos no campo da saúde que integram a chamada crise de harmonia clínica ocorrendo cotidianamente nos atendimentos dos serviços de saúde públicos e/ou privados, revelada pela crescente insatisfação, frustração e medo dos cidadãos-pacientes. Identifica-se, portanto, que a relação entre algumas categorias de profissionais da saúde e o paciente é estruturalmente assimétrica, podendo ser mais ou menos autoritária, mais ou menos participativa, porém com uma característica marcante de prescrição/mando e cumprimento/

obediência em nome de um saber científico, o que não muda sua natureza assimétrica. Embora seja corrente o entendimento de que em grande medida há nas práticas de saúde uma deterioração na relação entre o profissional de saúde e o paciente; é igualmente difundido no contexto das práticas de fisioterapia que a relação entre esse profissional se configura de forma diferenciada, com a criação e fortalecimento de vínculos, fortalecidos por valores como confiança e respeito mútuos proporcionados, sobretudo, pelas sucessivas sessões fisioterapêuticas comumente necessárias nos processos de reabilitação. Objetivos: Com a pesquisa analisamos a natureza da relação fisioterapeuta e paciente, a partir de entrevistas realizadas com uma amostra de 80 integrantes dos dois conjuntos de atores da cidade de Campina Grande, Paraíba. METODOLOGIA: No campo das profissões os valores a elas associados são pré-existentes a formação, sendo adquiridos ao longo da trajetória de vida, na família, na experiência pessoal e acadêmica pregressa, confirmados ou negados nas experiências da realidade profissional. Foram levantados dados sobre o “habitus” profissional do fisioterapeuta e sobre o “habitus” familiar dos pacientes, a fim de identificar em que medida estes influenciam as relações estabelecidas em processos fisioterapêuticos. A relação entre fisioterapeutas e pacientes foi analisada a partir de entrevistas realizadas com uma amostra não aleatória, composta de trinta indivíduos de cada um dos conjuntos de atores envolvidos em serviços de fisioterapia públicos e privados, levando em conta variáveis como: a idade, a classe social, o tipo de formação e o gênero, tendo como cenário a cidade de Campina Grande, Paraíba. Para tal investigação algumas questões foram agrupadas em roteiros de entrevistas específicos para cada uma das amostras. Com os profissionais fisioterapeutas foram analisados aspectos como: a) situação socioeconômica; b)

estilo de vida; c) formação acadêmica; d) trajetória profissional; e) compreensão acerca da relação fisioterapeuta e paciente; f) compreensão acerca da informação e comunicação em saúde. De forma semelhante, junto aos pacientes foram investigados: a) situação socioeconômica; b) estilo de vida; c) escolaridade; d) trajetória ocupacional; e) compreensão da sua doença e/ou disfunção; f) compreensão acerca da relação paciente e fisioterapeuta; g) compreensão acerca da informação e comunicação em saúde. Resultados obtidos: O conceito de “habitus” foi considerado como modelar para a análise pretendida visto que a influência do capital social, cultural e simbólico estruturam as relações, linguagem, estilos de vida, formas de pensar, enfim, estruturam o indivíduo em suas disposições no espaço social através do habitus. Percebemos que a relação fisioterapeuta - paciente é geralmente citada pelos atores envolvidos associada a aspectos positivos. Características como tranquilidade, amizade, disponibilidade, envolvimento, confiança, cuidado, respeito, destacam-se. Contudo, na maior parte das vezes, são referidos às condições do ideal e não do real. As próprias recorrentes referências ao dever ser da relação, baseadas na formação acadêmica recebida e na consciência coletiva, pode ser um indicador das tensões existentes nas práticas dos encontros com o sujeito, o feio, o velho, o malcheiroso, categorias socialmente estigmatizadas em nossa cultura e sociedade. Nuances da concretude das práticas podem ser de alguma forma, mensuradas em algumas sutilezas dos depoimentos que apontam para as diferenciações nas formas de comunicação verbal estabelecidas, que ao mesmo tempo em que apontam para especificidades dos habitus, sugerem que a linguagem verbal, marcada pelo capital cultural e pelo sistema de posições é um elemento de predisposição ao distanciamento entre os indivíduos com

maior capital intelectual, detentores do saber especializado e os indivíduos com menor capital cultural. Ainda no tocante à comunicação, a não verbal, inferimos nas nuances dos depoimentos, que o toque, sob vários aspectos uma forma de comunicação não verbal, emocionalmente mais poderosa do que a fala, também apresenta elementos que sugerem abordagens diferenciadas nas práticas relacionais, sendo mais visíveis as diferenciações a partir dos hábitos de higiene, mas também na aparência física e na forma de vestir. Pudemos identificar ainda nos depoimentos, que a presença de um novo ator no campo da saúde, o paciente expert, desperta para a adoção de uma postura igualmente diferenciada. Esse consumidor diferenciado das práticas de saúde, por deter conhecimentos ou informações a serem consideradas, se constitui uma ameaça aos portadores do conhecimento científico especializado e dos discursos competentes. Considerações Finais: A análise dos dados indica a força do habitus tanto na instituição/constituição do caráter dos encontros entre fisioterapeutas e pacientes, bem como em relação aos resultados dos processos terapêuticos, já que as disposições herdadas através das disposições e trajetórias dos sujeitos no espaço social influenciam as perspectivas de cura, o engajamento no tratamento, as operações proxêmicas de aproximação/distanciamento e os níveis de atenção à saúde e de respostas a elementos da interação tais como o toque, o olhar e a fala dos sujeitos envolvidos, quer como profissionais do campo da saúde, quer como pacientes. Os dados em geral e notadamente a análise dos depoimentos, em referência a influência do habitus na relação fisioterapeuta e paciente ratificaram a proposição de Bourdieu ao afirmar que o capital econômico e o capital cultural, são os mais eficientes princípios de aproximação e distanciamento dos agentes no espaço social.

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA

Lêda Maria Leal de Oliveira, Marina Monteiro de Castro, Sabrina Alves Ribeiro Barra

Palavras-chave: formação profissional, serviço social, metodologia da problematização

INTRODUÇÃO: Trata-se do relato de uma experiência realizada na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG no período de março a julho de 2015. Nossa proposta foi contribuir com o processo de formação profissional do assistente social na saúde na perspectiva da integralidade tendo a metodologia da problematização (MP) como principal referência pedagógica. A estratégia empregada foi reformular uma disciplina - Laboratório em Áreas de Intervenção I -, já existente na matriz curricular do curso de Serviço Social da UFJF, utilizando a MP. Descrição da Experiência: Como mencionado propusemos reformular a disciplina “Laboratório em Áreas de Intervenção I”. A disciplina tem como ementa: a conjuntura atual e o trabalho em saúde no SUS; a prática profissional do assistente social na área da saúde: integralidade trabalho em equipe, educação em saúde. O trabalho do assistente social na atenção básica, de média e alta complexidade. Entendemos que esta ementa abria a possibilidade de pensar, junto com os alunos, aspectos da ação profissional do assistente social fundamentais para uma intervenção responsável, crítica e comprometida com o direito à saúde. Nossa proposta foi rever não o conteúdo, mas o processo de ensino-aprendizagem, tendo por base a MP. Definimos que a reflexão em torno da integralidade seria a base que guiaria nossa proposta. Dentro da perspectiva da integralidade elegemos

três grande temas: um debate mais amplo sobre a política de saúde e o trabalho do assistente social, o trabalho em equipe e a educação em saúde. Iniciamos então a disciplina com o debate em torno da política de saúde e o trabalho do assistente social e sobre a integralidade em saúde. A discussão destas temáticas ocorreram entre os meses de março e abril e, diferente das demais, foi toda construída no espaço da sala de aula, através da reflexão conjunta entre professores e alunos. Os alunos receberam com antecedência a referência bibliográfica norteadora de cada aula e o debate foi estimulado através de dinâmicas como: chuva de idéias; construção de uma cápsula do tempo; proposição de questões para o debate; apresentação de casos. Em abril iniciamos o segundo módulo que teve, como mencionado anteriormente, o propósito de trazer a tona o debate em torno do trabalho em equipe. A dinâmica proposta foi trabalhar em dois momentos: o primeiro de dispersão, quando os alunos foram orientados a pesquisar sobre a temática do módulo e, o segundo de concentração quando o grupo, junto com os professores responsáveis, fizeram uma síntese reflexiva sobre as principais questões que emergiram do contato com o tema. Para o primeiro momento os alunos se organizaram em pequenos grupos e buscaram livremente referências teóricas sobre a temática em foco. Na concentração, momento de troca análise e síntese das reflexões utilizamos as dinâmicas: ligue os pontos – trabalho em equipe; leitura e debate da fábula do Porco Espinho; construção coletiva de roteiro de visita institucional. O terceiro módulo aconteceu no mês de junho. Assim como o segundo foi realizado em momentos de dispersão e concentração. Na dispersão os alunos foram orientados a pesquisar sobre a temática e elaborar uma síntese sobre o material encontrado. No momento de concentração, espaço para

discussão conjunta, utilizamos as dinâmicas: “Recordando a vivência na Escola, nos espaços educativos e coletivos”; entrevista em sala de aula com assistentes sociais; leitura e debate do texto “O Menininho” de Helen E. Bukley. Também neste módulo os alunos fizeram uma avaliação através da palavra livre e preenchimento de roteiro avaliativo. Finalizamos a disciplina com um módulo avaliativo. Iniciamos com a dinâmica da Palma, seguida da palavra livre e, por fim, o preenchimento do roteiro avaliativo. De uma forma geral os alunos apontaram como pontos positivos: metodologia da disciplina: dinâmicas, avaliações, aprendizado de forma leve, diálogo com alunos, visitas às instituições, entrevista com profissionais. Por outro lado, identificaram lacunas como: pouco tempo para discussão; o não envolvimento de todos nas discussões e tarefas; sobrecarga de alguns membros do grupo; cronograma apertado; a metodologia é utilizada apenas em Laboratório. Como sugestões apontaram: ter com mais frequência dinâmicas como as utilizadas na aula; promover mais visitas de profissionais ou visitas nas instituições; utilizar o formato dos trabalhos em outras disciplinas. Dentre as sugestões apresentadas uma nos chamou a atenção e deve ser considerada quando nos propomos a repensar a formação dos profissionais de saúde e o nosso papel enquanto docentes neste processo. A sugestão foi enunciada nos seguintes termos: “ampliar a forma de ensino e tornar mais real o aprendizado. Se os professores não realizam o que ensinam com os alunos, como acreditar que é possível fazer com os futuros usuários?” A sugestão é provocadora e nos faz pensar na forma como abordamos nosso aluno, como respeitamos ou não seus “saberes”, que tipo de relação mantemos com eles, se conseguimos ou não nos aproximar da realidade e produzir o conhecimento a partir dela, se buscamos ou não metodologias

que estimulem a participação, o debate crítico e reflexivo. Fica aí um desafio para todos nós docentes, sujeitos fundamentais no processo de ensino/aprendizagem. Impactos Destacamos a importância das dinâmicas utilizadas que desencadearam processos de interação, conhecimento e debate coletivo que contribuíram qualitativamente para reconstrução, tanto do processo de ensino-aprendizagem, como do conhecimento a respeito da política pública de saúde e do trabalho do assistente social. O conjunto de estratégias utilizadas também teve impactos no processo de trabalho docente e de preceptoria, uma vez que a construção de um processo educativo a partir das metodologias problematizadoras e críticas possibilitaram maior interação com os discentes, o trato das discussões próximas da realidade social e o reforço da interlocução da prática profissional no processo de formação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Avaliamos que nossos objetivos foram atingidos, uma vez que no processo avaliativo dos estudantes ficou expresso a compreensão da importância de uma análise crítica da política de saúde, a necessidade de reforçar os princípios e diretrizes do SUS no cotidiano de trabalho nos serviços de saúde, além do entendimento de que o profissional deve contribuir para que os usuários tenham acesso as políticas públicas e recursos da comunidade, contribuindo para que seja sujeito de seu processo saúde-doença. Esperamos que a metodologia proposta pudesse se constituir como algo que faça parte da rotina do curso de Serviço Social, estendendo-se, inclusive a outras disciplinas. Em relação ao Laboratório de Saúde, objetivamos manter para os próximos semestres a metodologia proposta, buscando avançar ainda mais na utilização das estratégias pedagógicas e na articulação com os serviços da rede. Esperamos ainda que o conteúdo abordado na disciplina e a metodologia empregada

tenham contribuído efetivamente para despertar nos estudantes a importância da democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe grupal e matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento.

A HISTORICIDADE DA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO ONCOLÓGICO NO CEARÁ: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mariana Pompílio Gomes Cabral, Evelyne Viana de Franca, Tulio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge

Palavras-chave: historicidade, cuidado oncológico, profissionais de saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer configura uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, com aproximadamente 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes relacionadas ao câncer em 2012. Face a essa perspectiva, é possível identificar múltiplas estratégias de controle do câncer, visto que o eixo oncológico tem se tornado essencial no contexto da saúde pública, haja vista as decorrentes mudanças no perfil demográfico do país, o que atenua a ocorrência das doenças infectocontagiosas e coloca as doenças crônicas como centro de atenção dos problemas atuais da população brasileira. Assim, esta tendência de crescimento do câncer no país convoca-nos à problematização do papel/lugar da assistência oncológica diante dessa realidade posta, desafiando, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a ampliar suas ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce, a fim de reduzir

os índices de incidência e mortalidade causados pelo câncer, além de propiciar qualidade de vida ao paciente. Dessa forma, torna-se fundamental a compreensão da historicidade do cuidado na rede oncológica refletindo sobre os gargalos existentes no processo terapêutico e as dificuldades de regulação e de articulação entre as redes, evidenciando a inexistência de resultados na saúde da população. Neste sentido, objetiva-se compreender a historicidade do cuidado oncológico na rede de atenção à saúde. O método respalda-se numa abordagem qualitativa com pretensão cartográfica, com o uso da caixa de ferramentas, como o conjunto de saberes e práticas que se dispõe para a ação dos atos de saúde, buscando a compreensão acerca dos processos que movimentam a produção subjetiva e a historicidade da construção da rede temática em oncologia, através de entrevistas em profundidade, observação e diário de campo com informantes-chave no município de Fortaleza-CE. Este estudo está inserido no projeto de pesquisa "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", financiado pela ICT/FUNCAP. De acordo com o determinado, cumpriram-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme propósitos da Resolução 466/2012 com parecer 560.597 de 23/03/2014, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé. Para o desenvolvimento desse escrito sobre a historicidade da rede oncológica, tem-se como base a articulação entre dois pilares: a construção das narrativas dos atores pioneiros, praticantes e construtores da rede temática por meio de orientação cartográfica; e o histórico de políticas nacionais da Rede de Atenção à Saúde em estudo que preconiza princípios e diretrizes para a garantia do acesso e a qualidade da

assistência a pessoas com câncer. A história da construção da(s) rede(s) oncológicas(s) no Brasil foi elucidada mediante as narrativas contadas por protagonistas na construção da rede oncológica em Fortaleza/CE. O eixo oncológico tem se tornado de importância incontestável no contexto da saúde pública, desvelando a historicidade social como essencial e consubstancial para compreender a construção do cuidado oncológico de forma minuciosa, didática e contextualizada. Assim, tem-se percebido que, por exemplificações decorrentes nas falas que o INCA, em consonância com a Política Nacional de Atenção Oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS), vem promovendo a superação da descontinuidade da atenção, dispersa, inviável e segmentada, por meio de ações de saúde articuladas que promovam futuramente uma atenção oncológica de qualidade. Além disso, tais narrativas demarcam aspectos genealógicos da rede de atenção oncológica no estado do Ceará, em que o câncer tem se destacado nas políticas e serviços de saúde do estado somente a partir de meados da década de 50 e no final do século XX. A preocupação com o bem-estar da sociedade e com o alarmante crescimento do câncer no Estado, principalmente por causa das iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, inquietou um grupo de médicos a prestar atendimento aos doentes de câncer e promover a cancerologia no Ceará. Contudo, não há uma compreensão ainda ampla do que seria a articulação em rede preconizada pelo Ministério da Saúde. Na concepção adotada, o aspecto de funcionamento é reduzido ao compartilhamento de informações, diagnósticos e instrumentos ambulatoriais entre as unidades de saúde especializadas. Assim, é possível perceber que ainda não há uma articulação concreta e implantada na Rede de Atenção Oncológica no Ceará. O que se desvela é um processo em construção, pois alguns equipamentos ainda

estão sendo criados e implantados, visto que o que tem impulsionado tal processo de trabalho de atenção em redes é o rastreamento de câncer de mama. Portanto, os informantes-chave, protagonistas do caminhar ascendente da atenção oncológica no estado, compreendem que o câncer e a produção de redes significam entender a historicidade e interpretar subjetividades daquilo que se caminha no fazer cotidiano a fim da efetividade do trabalho cooperativo em rede. Ademais, as narrativas desvelam projetos de construção e implantação de serviços oncológicos especializados e articulados, como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), entre os diversos municípios e a capital do Estado por meio de incentivos públicos e privados para que a rede oncológica se formate universal e acessível, e se debruce de acordo com a singularidade da doença, pois, diante disso, se espera oferecer propostas de prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento e, principalmente, promoção de saúde a fim de almejar resultados de saúde semelhantes aos países desenvolvidos. Como se vê, há um processo bastante vivo de construção e esforço para se desenhar uma rede de atenção no estado, buscando alternativas para a produção do cuidado oncológico. Isso de maneira a garantir os princípios do Sistema Único de Saúde de um jeito resolutivo e que se espalhe nas ramificações próprias da vivência humana enquanto atividade de saúde. Destarte, é importante notar a experiência viva de implantação de um sistema a partir da historicidade construída durante décadas de um objeto específico, uma tecnologia de cuidado com o câncer. Assim, ratifica-se que compreender a historicidade do cuidado oncológico na rede de atenção à saúde, significados, sentidos e subjetividades desvelarão os caminhos do fazer no cotidiano.

A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRAVES E POSSIBILIDADES

Silvio Barros do Nascimento, Ana Géssica Costa Martins, Flavia Sônaria da Silva, Lucídio Clebeson de Oliveira, Tatiane Aparecida Queiroz, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Clélia Albino Simpson, Deyla Moura Ramos Isoldi

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Humanização da Assistência

Introdução: O termo paliativo é derivado do latim pallium e significa manto, a terminologia envolve a ideia de proteger e amparar, quando a cura da doença já não é mais possível. Como o termo propõe, não deve se restringir aos últimos momentos de vida e sim promover o alívio do sofrimento durante todo o processo de enfrentamento de uma doença potencialmente fatal. Os cuidados paliativos superam o modelo assistencial tradicional, uma vez que são embasados em uma abordagem holística, humanizada, interdisciplinar e sem ações para antecipar ou atrasar a morte do paciente. A equipe de enfermagem é primordial para a realização destes cuidados, uma vez que desde a formação profissional desenvolve a capacidade de cuidar do outro, no entanto estes profissionais muitas vezes não desenvolvem uma assistência humanizada. A humanização configura-se em cuidado diferenciado e envolve compromisso, responsabilidade, respeito ao outro como sujeito, boa comunicação, orientação ao paciente e a família e, sobretudo, acolhimento. A Política Nacional de Humanização ressalta a importância da construção de posturas éticas e políticas por parte dos profissionais, qualificação dos vínculos entre os profissionais e destes com os usuários. Atualmente, os cuidados paliativos constituem uma questão de saúde

pública e em nome da ética e da dignidade dos sujeitos é preciso torná-los uma realidade no país e no mundo. Objetivo: analisar a assistência de enfermagem a pacientes fora de possibilidades de cura em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Metodologia: A pesquisa é do tipo exploratória, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na UTI de um hospital geral do Rio Grande do Norte (RN), com população corresponde à equipe de enfermagem, sendo a amostra composta por seis técnicos de enfermagem e três enfermeiros. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, com perguntas elaboradas pela pesquisadora. O instrumento compreendeu o perfil da equipe de enfermagem, tipo de formação e tempo de trabalho na instituição. A coleta ocorreu no período de agosto a setembro de 2013. As entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes. O presente estudo foi enviado e submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE e aprovado sob o parecer nº 410.683 e CAAE: 20854513.3.0000.5179. Resultados: Dentre os nove indivíduos da equipe de enfermagem que prestavam assistência na UTI, seis eram técnicos de enfermagem e três eram enfermeiros. O sexo predominante dos participantes foi o feminino, com 67% da amostra, e o sexo masculino representou 33%. Considerando a faixa etária dos profissionais, 22% tem entre 26 e 35 anos, outros 22% tem entre 36 e 45 anos e os demais, 44%, dos entrevistados tem entre 46 e 55 anos. Quanto ao estado civil, 67% dos entrevistados são casados, 11% solteiros e 11% divorciados. Quanto ao tempo de atuação no serviço, 33% dos entrevistados possui um tempo inferior à 3 anos, 11% possui de 4 à 14 anos de atuação, 33% tem o tempo de atuação no serviço de 15 à 24 anos e 22% dos entrevistados possui entre 25 e 34 anos de experiência.

Os cuidados paliativos requerem mudança significativa na abordagem dos profissionais nos serviços de saúde para que, além de cuidar da vida, preocupem-se em cuidar do processo de morrer, haja vista o paciente está em situação de fim de vida e necessitar da amenização do sofrimento, bem como de cuidado humanizado e integral. Nas falas dos entrevistados, verificam-se as lacunas existentes nas respostas, evidenciando o vago conhecimento sobre o assunto abordado. Os profissionais enfatizam controle de aspectos físicos, no entanto não abordam a importância do diálogo com o paciente, os aspectos psicológicos ou espirituais que estão relacionadas à promoção da saúde, uma vez que não existe a criação do vínculo entre profissionais e paciente. A humanização em cuidados paliativos envolve o toque, o ouvir, o apoio psicológico, o respeito à dor do outro, segurar-lhe a mão e o confortar em diversas situações. Tais cuidados são essenciais na fase final, tanto ao paciente quanto aos familiares, sendo enfatizados por diversos pesquisadores. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através das falas, observa-se que a equipe de enfermagem demonstra dificuldade e fragilidade na competência de realizar o cuidado humanizado e integral, proposto pela abordagem de cuidados paliativos, e volta-se para uma conduta de trabalho relacionada a sua formação profissional que costuma priorizar a cura e a saúde humana. As medidas terapêuticas desenvolvidas para os pacientes em cuidados paliativos envolvem atos de responsabilidade, solidariedade e dedicação, além de competências e habilidades relativas ao relacionamento interpessoal dos profissionais com os pacientes, assim a assistência e o cuidado devem ser pensados de forma mais abrangente e integral, possibilitando a superação da prática mecanizada e resgate da valorização da existência humana. A humanização do

cuidado, pautada no acolhimento e a valorização da dignidade humana, perpassa pelo compromisso ético com os sujeitos nos quais é realizado o cuidado. Para tanto, exige-se além da modificação na postura profissional, alteração na atitude dos profissionais como seres humanos, no intuito de que compreendam, respeitem e acolham o sofrimento do outro. No contexto dos cuidados paliativos, a família também necessita do profissional de saúde para orientá-la e suprir suas necessidades. O conhecimento e a participação da família nos cuidados ao final da vida são conduzidos por meio da comunicação de notícias difíceis pela equipe de saúde, no entanto, quando existente, essa comunicação mostra-se muitas vezes ineficaz, acompanhada de informações duvidosas e imprecisas. Para a categoria da enfermagem, a comunicação constitui-se em estratégia de relevância na prática de cuidados paliativos, uma vez que a criação de vínculo com a família do paciente também facilita a comunicação de más notícias. Portanto, a família também precisa receber o cuidado, uma vez que auxilia nas atividades de cuidado ao paciente, configurando-se como fundamental uma assistência voltada para os familiares e para o paciente que envolva os aspectos biológicos, emocionais, sociais e espirituais.

A IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

Bruna Ceruti Quintanilha, Alexandra Iglesias, Meyrielle Belotti, Kelly Guimarães Tristão, Luziane Zacché Avellar

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Pesquisa Qualitativa

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se estruturado a partir dos ideais da

integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade e participação social, a fim de construir uma rede de cuidado propícia à promoção à saúde. Neste contexto, a atenção básica (AB) assumiu o papel de organizadora deste sistema, uma vez que sua proximidade com o território e com o usuário beneficia o conhecimento das necessidades da população e a luta contínua e compartilhada pelas condições favoráveis à saúde. Em 2008 foi instituído, pelo Ministério da Saúde (MS), a Portaria nº. 154, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais têm por objetivo contribuir, junto às equipes de Saúde da Família (SF), pela efetivação dos princípios norteadores da AB para a promoção à saúde. Para tanto, os NASF se sustentam em fundamentos ideológicos voltados à integralidade do cuidado, na perspectiva da clínica ampliada. Isso significa dizer que a concepção de saúde que deve nortear a prática desses núcleos está interligada a um processo dinâmico, complexo e multidimensional, englobando dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas. Os NASF têm a função de reforçar, juntos as equipes de SF, a necessidade de se ampliar os olhares e escutas perante a população atendida, ao possibilitar a expansão dos núcleos de saber presentes na AB para a composição de um campo ampliado de conhecimentos e práticas no cuidado em saúde. Diante de tal potencial das equipes NASF, em 2011, com a publicação da Portaria nº 2488 MS, a qual reedita a Política Nacional de Atenção Básica, tais núcleos foram oficialmente inseridos junto à AB, com fundamental papel frente às redes de atenção e os diferentes níveis de complexidade. Ao ampliar as equipes da AB, via NASF, tornaram-se possíveis algumas mudanças na dinâmica dos serviços, envolvendo a relação com os próprios usuários, a partir do aumento potencial de ações promotoras

de saúde, que por sua vez, possibilitam o fortalecimento da participação social da população e de sua identificação com o serviço. Nesse sentido, acredita-se na potencialidade das equipes dos NASF, junto às equipes de SF, de produzir ofertas de ações de cuidado mais relacionadas com as necessidades e desejos da população local. Assim, as estratégias de cuidado dos profissionais da AB em conjunto com os do NASF, devem priorizar as intervenções coletivas que visam a promoção a saúde e a prevenção de doenças, por meio também de construções conjuntas de Projetos Terapêuticos Singulares e dos Projetos de Saúde do Território; ações de educação permanente; intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade; atendimentos conjuntos; dentre outras estratégias. Feita tal contextualização teórica, interessa-nos compreender, no cotidiano das práticas, como, e se, a inserção dos NASF tem contribuído para maior produção de saúde nos territórios em que estes núcleos se encontram presentes. Iniciamos, assim, um trabalho de investigação junto as equipes NASF recém-implantadas no município de Vitória-ES. Vale destacar que o município é capital do Estado do Espírito Santo e apresenta uma particularidade em relação a formação das equipes NASF. Isto porque, em 2008, quando ocorreu a implementação da Portaria 154, o município optou por não aderir à proposta dos NASF, uma vez que já compunha a AB com profissionais de apoio a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Unidades de Saúde (US) já contavam com as seguintes categorias profissionais de apoio: assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra, profissional de educação física, psicólogo e sanitaria. No entanto, a lógica de trabalho desses profissionais na AB não estava necessariamente ligada ao matriciamento, à clínica ampliada e à integralidade do cuidado, ao contrario, muitas vezes, suas

atividades sustentavam uma perspectiva fragmentada e voltada a um atendimento ambulatorial. Diante desse contexto, e de outras análises possíveis, optou-se, em 2013, por aderir à proposta de implantação dos NASF, compondo tais equipes com aqueles profissionais de apoio que já estavam nas US. Isto, certamente, requer a reorganização de processos de trabalhos de toda a rede de serviços, já que os profissionais passaram a ter que trabalhar a partir da lógica de funcionamento do NASF. Atualmente, o município tem oito NASF credenciados pelo MS e cadastrados; há uma previsão de implantação de mais quatro para o ano de 2016, totalizando 12 equipes NASF na modalidade I. Neste contexto, passamos a destacar a necessidade de se problematizar também a organização dos NASF em Vitória, tendo em vista serem compostos por profissionais que já estavam inseridos na rede de saúde em outra lógica de trabalho. Deste modo, essa pesquisa objetiva analisar como têm se processado as mudanças nos territórios em que as equipes NASF têm passado a atuar, principalmente, no que diz respeito a produção de saúde, bem como identificar como estão sendo construídas as estratégias de cuidado a partir da criação dessas equipes em Vitória/ES. A conformação daqueles profissionais em equipe NASF tem promovido as mudanças esperadas? Como efetivamente tem se dado no cotidiano dos serviços a contribuição dos NASF para a ampliação do cuidado em saúde? As equipes NASF estão conseguindo contribuir para a integralidade da atenção? Ou se mantém uma lógica fragmentada focada nos especialismos? Diante do exposto, o estudo se propõe a acompanhar a implantação dos NASF, envolvendo a participação de três doutorandas e uma pós-doutora para coleta e análise dos dados, visto a vasta quantidade de informações e a dimensão territorial que o estudo implica. Ressaltamos que a pesquisa foi aprovada pela Prefeitura Municipal

de Vitória e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo. Para consecução dos objetivos optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, com o uso da técnica de observação participante, visando captar como se dão as relações entre os profissionais que compõem o NASF e desses com as ESF, bem como as estratégias de cuidado construídas por estes profissionais junto à atenção básica. Estão sendo realizadas também entrevistas semiestruturadas e levantamento dos documentos relacionados à implantação e funcionamento dos NASF no município. Cada pesquisador tem utilizado de diário de campo próprio para registrar o que e como percebem as relações estabelecidas pelos profissionais, entre eles, com a comunidade e com o território. Os participantes deste estudo são os trabalhadores de saúde que compõem as equipes NASF e os profissionais da ESF que recebem apoio desses Núcleos. Visto que a pesquisa se encontra na fase de campo, com coleta de material para posterior análise, pretende-se utilizar o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Este consiste na reunião de Expressões Chaves dos depoimentos individuais – dos diferentes sujeitos entrevistados – com Ideia Central e/ou ancoragem de sentido semelhante ou complementar, a fim de reconstituir discursivamente as concepções de uma coletividade. No caso do nosso estudo, será sobre as estratégias de cuidado realizadas pelo NASF, como se fosse uma pessoa individual emissora do discurso. Tendo em vista que a pesquisa se encontra em andamento, pode-se apontar alguns resultados esperados. Deste modo, pretende-se contribuir para o aprimoramento político e técnico de tecnologias de gestão, cuidado e formação em saúde, tendo em vista todas as propostas trazidas pelo trabalho do NASF. Espera-se também proporcionar melhoria na atenção, via ampliação dos modos de cuidado em

saúde na atenção básica. Além de ampliar as discussões sobre a implementação e funcionamento dos NASF e de suas ações desenvolvidas.

A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA OPINIÃO DO USUÁRIO

Vilma Ribeiro da Silva, Camila Tozaki Rodrigues, Marcus Vinicius de Souza Dias, Michelle Goulart Nunes Valadares, Aline Flávia Araújo de Souza, Isabella Menezes dos Santos, Agleison Ramos Omido Junior

APRESENTAÇÃO: A classificação de risco é um protocolo cuja origem coincide com o movimento pela organização das práticas em saúde tendo como referência as práticas baseadas em evidência na Europa. Propõe organizar a fila de espera de acesso aos serviços de urgência e emergência amparando-se em uma avaliação inicial do usuário, seguindo rigorosamente o proposto pelo protocolo, em que é identificado a gravidade e o potencial agravamento do caso, cuja classificação resultante é estabelecida pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul, e assim estabelece a prioridade do atendimento. Desta forma propõe a sistematização do atendimento tendo como fundamento a avaliação do paciente. O Brasil aderiu a este movimento no final do século 20, nisso, vários protocolos foram adotados tendo em vista a promoção da melhoria dos serviços ofertados pelo SUS, bem como a humanização do cuidado visando o alcance das novas exigências colocadas pelo campo do direito à saúde. A instituição em estudo adotou o Protocolo de Manchester, onde a classificação é realizada pelo Enfermeiro. O presente trabalho objetivou compreender a importância da classificação de risco na opinião do usuário. **MÉTODO DO ESTUDO:** O trabalho constitui um desdobramento do projeto de pesquisa “Identificação das práticas da gestão da

clínica utilizadas no gerenciamento do hospital no contexto do SUS” financiado pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul (FUNDECT). Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo nº139.784, autorizado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital em questão. O estudo orientou-se pela abordagem qualitativa e foi desenvolvida no período de novembro de 2014 a maio de 2015 em um pronto socorro adulto de um hospital conveniado ao SUS referência em traumatologia e pacientes críticos de Campo Grande, MS. A coleta de dados foi realizada tendo como referência a entrevista semiestruturada com 380 pacientes conforme indicou o cálculo amostral cujo nível de segurança foi de 95%. As entrevistas foram realizadas várias vezes por semana em dias aleatórios em diferentes períodos do dia na área verde. A pergunta que orientou o estudo foi: “Em sua opinião, a classificação de risco é importante em um serviço de urgência e emergência? Por quê?” Cujas respostas foram transcritas pelo pesquisador. Os dados foram analisados à luz do proposto pela análise temática, possibilitando eleger três categorias: (1) Acha importante e compreende a classificação de risco; (2) Não acha importante, mas compreende a classificação de risco e; (3) Não compreende ou não soube explicar o que é a classificação de risco. RESULTADO: Os sujeitos participantes de o estudo demonstraram compreender conceitualmente a classificação de risco, conforme propõe os estudiosos do assunto e a grande maioria afirmam que a classificação de risco baseia-se na organização das prioridades e, portanto, é importante para proporcionar um atendimento direcionado para cada necessidade de saúde atendida, independente da ordem de chegada. Ainda existem àqueles que compreendem, mas não acreditam na eficiência do sistema

de classificação adotado e na atuação do profissional. A segunda categoria revela a desvalorização da classificação de risco pelo usuário. Esse comportamento pode ser atribuído a fatores como: compreensão incompleta dos propósitos da classificação de risco, ao fato de que o quadro clínico em que se encontrava o usuário, no momento do atendimento, era na sua avaliação, mais grave do que o proposto pelo classificador, ou ainda, por conta da importância que este usuário atribuía a sua condição de saúde. Esses acontecimentos nos remete a necessidade de enfatizar a importância das informações transmitidas pelo enfermeiro no momento da classificação. Mesmo em situações de estresse, como na busca pelo estabelecimento de saúde, o usuário deve ser informado sobre as funções e sobre o funcionamento da classificação de risco, na tentativa de que o mesmo compreenda que este sistema visa definir a prioridade de atendimento de acordo com a situação clínica, tendo em vista o atendimento de todos respeitando o critério de prioridade que lhe cabe no momento do atendimento. Diferentemente das duas primeiras categorias, nas quais os entrevistados compreendiam o sistema de classificação, havia aqueles que acreditavam que o atendimento deve ser imediato para todos, não levando em conta que algumas condições de saúde poderiam ter prioridade devido ao risco de morte, por isso, estes usuários não valorizam a classificação de risco. Outros ainda expressam uma visão do modo de assistir em saúde proposto pelo modelo biomédico, tendo o profissional médico como sujeito central do processo de trabalho em saúde. Esses usuários explicitam que a classificação de risco não deveria ser realizada pelo enfermeiro, pois ainda são confundidos com outras categorias de enfermagem, como o técnico e auxiliar de enfermagem e também são “rotulados” como “ajudantes de médico”. Ainda nessa

direção, estudiosos afirmam que a falta de conhecimento sobre a classificação de risco pode trazer conflitos entre o paciente e o enfermeiro classificador, pois os usuários que são classificados como “não urgentes” ou “pouco urgentes” alegam que deveriam ser atendidos conforme a ordem de chegada, ou por desconhecerem o processo ou por falta de solidariedade para com os mais necessitados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constatamos que os usuários do serviço estabelecem uma relação de reciprocidade com o ambiente de atendimento o suficiente para compreenderem como se organiza o processo de atendimento orientado pela classificação de risco, ainda que os conceitos “chaves” foram assimilados pela maioria e são por vezes qualificados como adequados para proporcionar um atendimento direcionado para cada necessidade de saúde atendida, independente da ordem de chegada para aqueles que manifestaram concordância com a forma como o serviço organiza o atendimento. Uma parcela desse grupo manifesta insatisfação porque ainda não acredita na eficiência do sistema de classificação adotado e na atuação do profissional ou ainda, por não se considerarem informados o suficiente pelo enfermeiro sobre como funciona a classificação de risco. Outro grupo tem conhecimento limitado em relação à classificação de risco e, dessa forma, pode-se concluir que existe uma distorção na compreensão do propósito dessa classificação. Considerando que a sistemática de classificação de risco constitui um processo recente em nosso meio, os resultados encontrados, demonstram que houve investimento na divulgação para promover o conhecimento da mesma, no entanto aponta a necessidade de maior investimento na qualificação e formação dos trabalhadores a fim de que os mesmo consigam trabalhar melhor as deficiências do sistema de informação adotado, bem

como deem conta de promover uma escuta qualificada com valorização da opinião do usuário e a incorporação da prática da avaliação da prática como estratégia de gerenciamento da qualidade dos serviços de saúde.

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES RURAIS/FLUVIAIS DE MANAUS

Elves de Sá Guedes

Palavras-chave: visita domiciliar, métodos alternativos, acolhimento

Objeto da Experiência: Recursos alternativos (teatro, maloca do conto, educação popular em saúde, voz comunitária e etc.) que utilizo para promover a saúde bucal. Objetivos: Promover o acesso e inclusão da Saúde Bucal nas comunidades Rurais/Fluviais além de auxiliar o processo de construção da mesma, utilizando métodos alternativos, preconizando o acolhimento humanitário e distribuição de informações de forma didática. METODOLOGIA: Nos dias de visita uso roupas iguais aos dos comunitários(ribeirinhos e indígenas)para promover uma maior aproximação. Visito nos domicílios, nas roças, nos igarapés, no campo de futebol e para cada local uma maneira diferente de abordagem. Criei o programa “Momento Saúde”, na voz comunitária, promovo encontros com grupos – educação popular em saúde, maloca do conto, promovendo saúde de forma universal e criativa, com intuito de integrar trabalhadores e comunitários. RESULTADOS: Grande aceitação deste novo formato de saúde, aonde a equipe vai até o domicilio do usuário; Crescente participação na Maloca do Conto (grupo de idosos, grávidas, homens e etc.) e nas palestras teatrais (recursos alternativos); Interação Comunidade X UBS; elogios,

audiência e utilização do “Momento Saúde”; Crescente evolução na Saúde Bucal da Comunidade. Tudo começou pela recusa dos comunitários em receber os ACS nas visitas e de participar das ações da UBS. Análise Crítica: Os cuidados domiciliares em saúde bucal envolvem ações de promoção, prevenção e dependendo do caso, o atendimento odontológico é agendado para tratamento curativo na UBS ou realizado em domicílio para os restritos ao lar. Despir das minhas vaidades e vivenciar a realidade da comunidade para entender a problemática, contagiar o restante da equipe e envolver os comunitários nas ações coletivas, foram uns dos desafios que demandaram improvisos em ações solitárias, mas exitosas e contagiantes. Conclusões/Recomendações: Com a inclusão da equipe nas comunidades, a população ganhou uma nova proposta de prática odontológica que visa à promoção, a prevenção e a recuperação da Saúde Bucal de forma integral e o estreito relacionamento entre profissional e a clientela. As estratégias foram criadas e estão sendo executadas, mas fatores de ordens administrativas (logística) e da própria natureza interferem no desenvolvimento do processo.

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E DA ESCUTA QUALIFICADA NAS UNIDADES DE SAÚDE

Fernando Augusto Gomes Sobreira, Camila Cristina Lescano Ortiz, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Acolhimento, Escuta Qualificada, Cogestão

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito se caracteriza como uma reflexão produzida a partir das experiências vivenciadas durante o Estágio de Processo de Gestão em Saúde I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados-MS que foi desenvolvido juntamente com o

projeto de extensão acompanhamento e apoio técnico ao programa PMAQ AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O projeto se delineou por meio da escuta dos usuários de uma Estratégia da Saúde da Família (ESF) da cidade de Dourados-MS, onde buscava-se compreender os aspectos a serem melhorados nessa unidade para possibilitar que ações fossem desenvolvidas para garantir a oferta de um serviço de saúde de qualidade. A compreensão inicial desse contato com o usuário por meio da escuta se apresentava como uma forma de conhecer a unidade, pois são eles que utilizam o serviço e sabem o que está bom e o que não está. Sendo assim eles poderiam proporcionar informações que seriam de utilidade para os objetivos do projeto que se entrelaça com o PMAQ-AB que tem como proposta a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Dessa forma com o desenvolver do projeto se ultrapassou a compreensão inicial dando lugar a uma reflexão a respeito da importância de se escutar esse usuário, pensando em uma perspectiva que se aglutina com os conceitos de acolhimento, escuta qualificada e cogestão. METODOLOGIA: O estágio entrelaçado com o projeto de extensão se constituía como uma forma de inserir os acadêmicos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporcionando a experiência em uma perspectiva de gestão. Primeiramente os estagiários tinham como tarefa conhecer o local e a partir das observações traçar o foco do trabalho a ser realizado, sempre pensando nos objetivos do estágio curricular e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Visualizando esses dois pontos, estágio e PMAQ-AB, o trabalho se delineou no desenvolvimento de um levantamento de informações que possibilitasse a avaliação do serviço através da perspectiva dos usuários. Dessa forma a

proposta era que eles destacassem os pontos positivos, negativos e apontassem possíveis soluções para a melhoria do serviço. Primeiramente a escuta se apresentava como uma forma de conhecer a unidade, mas com o decorrer do desenvolvimento do projeto foi possível perceber que a ação de ouvir o usuário favorecia muito mais do que apenas um processo de familiarização com a ESF. Esse escutar se constituía como uma maneira de proporcionar o acolhimento e a inclusão do usuário em um processo de cogestão, garantindo a esse a autonomia e protagonismo no desenvolvimento de melhoria. RESULTADOS: Na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) o acolhimento se constitui como um diretriz, que deve ser compreendida como uma “ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2010). Proporcionar uma escuta qualificada a esses usuários se caracterizam como forma de acolhimento, que por sua vez favorece a vinculação entre usuário/trabalhador e usuário/unidade de saúde, o que proporciona a construção de novos modos de se pensar e fazer saúde a partir de uma perspectiva coletiva, garantindo assim a autonomia e o protagonismo desses sujeitos e a oferta de um serviço de qualidade e resolutivo. A participação social nos modos de produzir saúde é garantida pela Lei n.º 8.142 (BRASIL, 1990) que orienta sobre a formação dos conselhos de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal, que são caracterizados como espaços onde essa participação coletiva acontece. No entanto essa participação não deve se restringir a esses ambientes formais, ela deve se expandir e ser incentivada no dia-a-dia das unidades de saúde (BRASIL, 2009a). Dessa forma esse pensar coletivo se compõe em uma ação de cogestão, onde

gestor, trabalhador e usuário estão em um mesmo nível relacional que proporciona a construção coletiva da produção de saúde que se estrutura na promoção, prevenção, cura e reabilitação. Consequentemente esse processo coletivo favorece a produção de “sujeitos, trabalhadores e usuários com mais autonomia e força para decidir como caminhar suas vidas” (BRASIL, 2009b). CONSIDERAÇÕES FINAIS: É possível perceber que a escuta vai além do que se pensou no início do estágio, onde o ouvir se caracterizava apenas como uma forma de coletar informações dos usuários a respeito dos pontos positivos, negativos e as possíveis soluções para os problemas elencados sobre a unidade de saúde. Nota-se que esse processo de escuta se caracteriza como uma ferramenta que viabiliza a participação do usuário dos modos de pensar e fazer saúde em uma construção coletiva juntamente com o trabalhador e gestão, o que proporciona o desenvolvimento e fortalecimento do vínculo entre usuário/trabalhador e usuário/unidade. Dessa forma acolher o usuário por meio da escuta, garante o reconhecimento das necessidades desse sujeito, e reafirma a sua autonomia e protagonismo na produção de vida.

A INFLUÊNCIA DO APOIO SOCIAL NA DEPRESSÃO EM IDOSOS

Rosana Alves de Melo, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, Diego Rislei Ribeiro, Mayra Cavalcante do Nascimento, Lessaiane Catuscia Silva de Oliveira

Palavras-chave: depressão, saúde do idoso, apoio social

APRESENTAÇÃO: A depressão é uma doença que acompanha a humanidade há milhares de anos, e que tempos antes de Cristo haviam notificações de indivíduos atingidos com a tão temida depressão, antes

designada por melancolia. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10), a depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado natural de humor do indivíduo, deixando-o com um predomínio anormal de tristeza (CONTE; SOUZA, 2009). Segundo dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o número de idosos (pessoas com mais de 60 anos) soma-se em 23,5 milhões no Brasil, nas próximas duas décadas a população idosa no Brasil pode ultrapassar a marca de 30 milhões de pessoas e poderá representar quase 13% da população nacional (IBGE, 2012). Essa é a doença psiquiátrica mais recorrente entre idosos, onde seu estilo de vida pode ser afetado por doenças somáticas relacionadas à depressão e tendências de suicídio (OLIVEIRA, GOMES, OLIVEIRA, 2006). A influência do apoio social na depressão em idosos tem sido de suma importância, pois faz o idoso se sentir mais seguro na vida, vivendo mais feliz e ajuda a superar a doença quando já está de fato instalada. Na terceira idade, o apoio social provém, especialmente, de familiares e amigos. Dessa forma, esta influência social relaciona-se diretamente com o emocional, sendo esse fator primordial para o não surgimento da depressão. Entretanto, a sociedade desconhece como agir frente à depressão em idosos (CARNEIRO et al., 2007). Identificar sinais e sintomas depressivos em idosos tem sido um desafio para os profissionais da área de saúde e sociedade. Para a orientação da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente idoso foi criada a Escala de Depressão Geriátrica como instrumento válido para a detecção de sintomas (SIQUEIRA et al., 2009). Portanto, a pesquisa busca esclarecer a sociedade sobre as ações positivas que amenizam a ocorrência de depressão em idosos. Essas suposições constituem a base do objetivo

da pesquisa que pretende discorrer da influência do apoio social na depressão em idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura, cujo levantamento das informações foram obtidas através de busca nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Utilizaram-se os seguintes descritores: Depressão, saúde do idoso, apoio social. Na busca, foram obtidos 68 artigos e usou-se 9 artigos. Os critérios de escolha foram os que ofereceram maior relevância para o tema abordado. A busca limitou-se a artigos publicados nos períodos de 2001 a 2014, incluindo língua portuguesa e inglesa. Além disso, os dados foram colhidos entre os meses de agosto e setembro de 2015. **RESULTADOS:** O apoio social relaciona-se de forma positiva no que se refere à depressão em idosos. A influência de familiares, amigos e a sociedade no geral, tornam-se importante para as novas mudanças que ocorrem nesse novo ciclo biológico. Com a chegada da terceira idade, ocorrem transformações na vida do ser humano, que por sua vez podem interferir de forma negativa. A tão almejada aposentadoria é conquistada, mas com ela vem o sentimento de inutilidade, e muitos passam a acreditar que agora não são mais úteis e que seu papel social já foi realizado. Portanto passam a viver em casa, sem ocupações, favorecendo o aparecimento de sentimentos melancólicos (PIMENTEL, AFONSO, PEREIRA, 2012). O apoio social é diferente de estar/viver acompanhado fisicamente, demonstrações de afeto e de incentivo são essenciais, é preciso lembrá-lo da sua capacidade, promover sua autonomia e independência, para que ele sintam-se atuante e que a mudança de vida, como por exemplo, o fato de não ter os filhos por perto todos os dias, não seja motivo de sentir-se abandonado, mas ter

ciência que apesar dos laços afetivos sólidos cada um possui o seu estilo de vida de acordo com sua fase e escolhas (FERREIRA, et al, 2012). Promover o bem-estar físico, mental e social do idoso, pode ser utilizado para a prevenção da depressão, fazer com que se sintam querido, amado e útil e mostrar também a importância dele para a sociedade pode funcionar como tampão para o acometimento da depressão. Estilos de vida podem ser mudados, logo, oferecer atividades como terapia ocupacional, pode melhorar a qualidade de vida, o incentivo a práticas de atividade física também é uma forma de fazer com que se sintam bem. Portanto a família, amigos e a sociedade devem estar atentos para oferecer o apoio social para os idosos (PIMENTEL, AFONSO, PEREIRA, 2012). Entretanto chegar a uma idade mais avançada não significa que se vive bem. Desta forma, é importante direcionar um cuidado minucioso em favor desse grupo com políticas públicas eficazes. E no caso da depressão tanto para prevenção quanto para o tratamento faz-se necessário ações político-sociais consistentes. Isto porque é uma doença com sintomas que podem ser facilmente confundida com sinais típicos da idade e muitas vezes negligenciada e não tratada. Por esse motivo é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos a esses sinais e sintomas e preparados para reconhecê-los e agir, mas para isso também é interessante contar com uma estrutura sócio-política que ofereça recursos para tais ações visando à promoção a saúde e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2007). Outra forma considerada significativa como influência positiva frente à depressão em idosos é uma maior participação destes na inclusão digital. Pesquisas realizadas informam que ainda é mínima a interação de idosos ao mundo da internet comparada a outras faixas etárias. Com isso, é

imprescindível não só pensar em uma inclusão tecnológica, mas também articular uma educação consistente para essa faixa etária a fim de promover sua inserção em meios de comunicações voltados para a internet. Sendo assim, seu bem estar físico e emocional será trabalhado de forma como uma de suas atividades ocupacionais, a fim de prevenir a depressão (SCHWAMABACH e SILVA, 2011). Na assistência da saúde do idoso com depressão, o papel do profissional de enfermagem está relacionado primeiramente a identificar sinais da doença ou os fatores de risco para a mesma, e orientar o paciente e a família quanto à importância de um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. Nos casos em que a depressão já está instalada o enfermeiro deve agir de forma empática com a finalidade de criar um elo de confiança a fim de escutar o usuário do serviço e identificar as possíveis causas do quadro. A partir de então é importante estimular o idoso a praticar atividades que o provoquem um bem estar físico e mental e dar suporte procurando entendê-lo esclarecendo suas dúvidas e sempre o encorajando (SANTOS, et al, 2010). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A importância da influência no apoio social ficou evidenciada pela participação da família, amigos e todo âmbito social, demonstrando o papel significativo frente ao paciente da terceira idade com sintomas depressivos. Percebeu-se no decorrer da pesquisa que existe uma dificuldade de diagnóstico, por associar os sintomas a fatores normais da idade, e as limitações relacionadas à falta de informação da sociedade sobre a temática. Conclui-se a necessidade de estudos da aplicabilidade de inclusão digital na integração dos idosos nas relações sociais, minimizando os efeitos da depressão.

A INFLUÊNCIA DO BULLYING NOS ASPÉCTOS PSICOSSOCIAIS DA CRIANÇA COM DISPLASIA ECTODÉRMICA E O CONHECIMENTO DE SEUS RESPONSÁVEIS E PROFESSORES A RESPEITO DA DOENÇA: UM OLHAR DE ENFERMAGEM

Eduardo Gomes Cardozo, Ana Paula Gomes de Oliveira, Bruna Moreira de Almeida, Daniela Lira de Lima Coe da Silva, Alan Messala de Aguiar Britto, Leila Chevitarese

Palavras-chave: Displasia Ectodérmica, bullying, enfermagem, criança, familiares, professores, saúde, educação

OBJETIVO: Identificar o bullying na vida social de uma criança portadora de displasia ectodérmica e sua influência no cotidiano escolar, investigarem o conhecimento de professores e pais sobre situações em que esta criança tenha sido vítima de bullying, além do conhecimento deles sobre a doença. **APRESENTAÇÃO:** Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, descritiva e exploratória realizada como requisito para aprovação na disciplina Seniorato I por acadêmicos do nono período de Enfermagem da UNIGRANRIO, ocorrida em uma escola privada do Município de Duque de Caxias, com os professores que lidam com uma criança portadora da doença e seu responsável, participando apenas os indivíduos que, quando convidados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo realizada com questionários semi-estruturados aplicados no período entre 01 e 09 de outubro de 2015. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Denomina-se bullying atos de violência exercidos por pessoas que possuem necessidades de subjugar outras para se autoafirmar, representando riscos à saúde que segundo Neto (2007) se reflete a curto e médio prazo na personalidade de todos os envolvidos: agressores, vítimas e

expectadores, que muitas vezes, tendem a ser condescendente com tais atitudes. É uma realidade presente em muitas escolas, estando muitas vezes silenciosa, o que faz com que seja de difícil detecção pelos professores, sendo praticado por alunos de ambos os sexos, pois Oliveira-Menegotto, Pasini e Levandowski (2013) afirmam que meninos estão mais envolvidos com o bullying direto e as meninas estão mais envolvidas com a forma indireta. Segundo Mendes (2011), o bullying direto é a forma mais fácil de identificar, consistindo-se em agressões verbais como ameaças, agressões físicas e termos pejorativos e o bullying indireto é a forma mais difícil de reconhecer, estando representada na exclusão e no isolamento social, disseminação de histórias e de boatos a respeito da pessoa alvejada. Um dos fatores de risco é a Displasia Ectodérmica, uma desordem genética que afeta a ectoderme do conceito, sendo este o folheto embrionário responsável pela gênese da epiderme. Divide-se em dois grupos: Displasia Ectodérmica Hidrótica e Displasia Ectodérmica Hipodrótica ou Anidrótica. A Displasia Ectodérmica Hidrótica é uma desordem autossômica dominante evidenciada pela tríade alopecia, hiperkeratose palmoplantar e unhas distróficas. Pode apresentar ausência ou escassez de sobrancelhas e pêlos do corpo. As unhas apresentam crescimento lento e aspecto anômalo, podendo suceder diversas infecções repetitivas e os dentes na maioria dos casos são normais, sem irregularidades na transpiração. Anomalias ópticas incluem a estrabismo, catarata prematura e conjuntivite, podendo apresentar também sindactilia, polidactilia e atenuação da audição (SARMENTO et al, 2006). Já a Displasia Ectodérmica Hipodrótica ou Anidrótica, é caracterizada por hipotricose, hipohidrose e hipodontia. Está mais presente em homens com herança recessiva ligada ao cromossomo X, apesar

de divergências com herança autossômica dominante e recessiva. Podem apresentar febre, hipertermia grave, intolerância ao calor e em alguns casos evoluir para morte súbita (ARANIBAR D., 2005). Devido às suas características evidentes, os portadores da doença podem vir a se tornarem vítimas de bullying, estando seus agressores diretamente ligados à falta de conhecimento relacionado a esta afecção. **RESULTADOS:** A pesquisa se refere a um menino de 8 anos de idade, portador da Displasia Ectodérmica, aluno do 3º ano do Ensino Fundamental o qual afirma gostar muito da escola onde estuda. Assegurou que já tinha ouvido falar de bullying e relatou que na escola, a professora já tinha conversado sobre o assunto, porém, seus pais ainda não. Relatou ter sido vítima de bullying na escola uma ou duas vezes, sendo insultado e chamado de nomes feios, sofrendo agressão física e inventando mentiras ao seu respeito, mas que sofreu por pouco tempo com apenas uma colega de turma e que optou por não contar para ninguém, sendo assim, seus pais e professores não souberam da ocorrência, impossibilitando-os de tomar atitudes cabíveis. Participa de brincadeiras e jogos, nunca sendo isolado de propósito. Afirma sentir-se seguro na escola, apesar de ter medo de ser maltratado. A mãe, responsável legal da criança na pesquisa, alegou ter conhecido a doença em uma consulta médica e teve boa aceitação do diagnóstico. Relatou outros casos da doença na família do seu cônjuge. Descreve a personalidade dos portadores de displasia ectodérmica da sua residência como: alegres, amistosos e ansiosos, e com grande variação de humor, o que não parece ter relação direta com a doença, mas serem traços da individualidade de ambos. Relacionado ao convívio social, desconhece história de agressão física ou verbal sofrida pelo seu filho motivada pela doença, porém, conhece relatos de

bullying sofrido por este na escola. Não foi contactada pela escola para conversar sobre o assunto, porém, quando informada pela criança, além de abordar o tema com esta, procurou a instituição para relatar o fato. Atesta que seu filho possui ótimo desempenho escolar e convívio social e excelente relacionamento família/escola. Assegura conhecimento de agressões físicas e verbais relacionadas à doença sofridas pelo outro membro da família portador da displasia ectodérmica, que parecem não influir em cuidados excessivos da mãe sobre o convívio escolar da criança. Os professores relataram não haver problemas relacionados à socialização desta criança, afirmando sua elevada auto-estima e bom convívio social, evidenciando o desconhecimento sobre a doença e apontando como os responsáveis pela informação a família, os serviços de saúde, as universidades e a mídia. A enfermagem, como promotora do cuidado, possui um papel fundamental na promoção e na proteção da saúde, e utilizando a Teoria do Auto Cuidado, orienta a si e aos cidadãos envolvidos, buscando melhorias de vida em todos os aspectos. Neste cenário, a escola se apresenta como um campo de atuação, abarcando todos os envolvidos neste processo. Segundo Figueiredo (2009), são três os requisitos de autocuidado ou exigências: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, e embutidas na teoria encontram-se três teorias: a teoria do déficit de autocuidado, a teoria do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (VITOR, LOPES E ARAUJO, 2010). Os sistemas de enfermagem são as necessidades de instruir os professores da escola sobre a doença com ações educativas. O déficit do auto cuidado pode ser entendido como a dificuldade dos pais em estabelecer um cuidado eficaz, como a superproteção, precedente de dificuldades de socialização, e o autocuidado visa à criança que possui a doença e as que a cercam, minimizando os efeitos nocivos do

bullying através do lúdico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Displasia Ectodérmica é uma doença pouco mencionada no âmbito social, trazendo riscos de bullying sobre seus portadores. Contudo, o enfermeiro deve atentar-se para o acolhimento, atuando em coadjuvação com a escola neste processo, através de ações embasadas na Teoria de Orem, que abracem o portador da displasia ectodérmica e a sociedade rumo a práticas de educação e saúde visando à erradicação e/ou a atenuação dos malefícios do bullying nas partes envolvidas.

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA REALIZAÇÃO DE PESQUISA: UM ESPAÇO PEDAGÓGICO

Brígida Gimenez Carvalho, Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, Fernanda de Freitas Mendonça, Carolina Milena Domingos, Elisângela Pinafo, Stela Maris Lopes Santini, Camila Ribeiro Silva, Maria Carolina Bot Bonfim

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Integração Docente Assistencial, Pesquisa Qualitativa

APRESENTAÇÃO: Desenvolveu-se uma pesquisa sobre gestão do SUS a partir do olhar das equipes gestoras de municípios de pequeno porte (MPP) da macroregião norte do Paraná. Baseando-se na concepção de que a pesquisa deve servir para a transformação, para fortalecer a integração ensino-serviço e não ser vista, essencialmente como mais uma fase do trabalho acadêmico, decidiu-se que a coleta de dados da segunda fase da pesquisa seria realizada em encontros de trabalho, no formato de um curso sobre gestão em saúde. Esta atividade permitiu que a coleta de dados pudesse se caracterizar também enquanto um momento pedagógico para os gestores. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para

atingir o objetivo de compreender os processos de gestão do SUS a partir do olhar da equipe gestora, foi elaborado e registrado na Universidade Estadual de Londrina, um curso denominado “Gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte do Norte do Paraná.” O curso teve objetivo de possibilitar espaço pedagógico de reflexão sobre a realidade da gestão em saúde para a equipe gestora e auxiliar na coleta de dados da pesquisa. A abordagem pedagógica escolhida para o curso se constituiu de estratégias de ensino - aprendizagem que oferecesse aos gestores a oportunidade de se expressarem sobre as funções, que exerciam sua responsabilidade, liberdade e compromisso enquanto profissional da área da saúde. O curso proposto foi desenvolvido nos municípios sede de todas as Regionais de Saúde (RS) da macrorregião norte (16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a RS). A clientela convidada eram integrantes das equipes gestoras dos municípios estudados, e que preferencialmente tivessem participado da primeira parte dos trabalhos. As atividades foram realizadas em três períodos presenciais, chamados de Encontros. Participaram aproximadamente 60 pessoas, sendo uma média de 13 pessoas por regional de saúde. Os temas definidos para os encontros visavam atender aos três grandes objetivos da pesquisa e foram assim organizados: Encontro 1: Estratégias de Gestão do SUS em MPP; Encontro 2: Políticas de Saúde Fortalecedoras da Atenção Básica nos MPP; Encontro 3: A gestão dos recursos humanos do SUS nos MPP. **RESULTADOS:** Para que os gestores se expressassem sobre as funções que exerciam e também oportunizasse o diálogo entre gestores e pesquisadores, foram organizadas atividades em que os participantes pudessem se expressar sobre o sentido de “ser gestor” e “estar na gestão”. Para ouvi-los sobre estes sentimentos foram utilizadas estratégias de representação durante o desenvolvimento do curso. Para

a primeira atividade denominada, “Olhando no espelho”, foi distribuída uma folha com diferentes figuras (mesa, óculos, animais, super-heróis, televisão, antena, telas de pintura, iceberg, orelha, canivete, etc.) e solicitado aos participantes para que escolhessem uma figura que os representasse enquanto ser gestor. Posteriormente, abria-se para o debate para que os presentes se manifestassem. A segunda atividade, “Em cada lugar uma idéia”, tinha como objetivo ampliar a discussão sobre ser gestor. Foi entregue aos participantes algumas folhas de sulfite e solicitado que desenhassem o contorno de uma cabeça, um coração, uma mão e um pé. Após o desenho era solicitado que refletissem e anotasse no desenho da cabeça todo o conhecimento necessário para ser gestor, no desenho do coração os sentimentos sobre o seu trabalho, na mão as três principais características pessoais de qualidades e as três dificuldades que apresentam no dia a dia para ser gestor e no pé desenhado as ações que desenvolveriam para sanar as dificuldades pessoais e profissionais. Após a reflexão e registro individual, era aberto ao grupo para exposição de suas anotações e debates. As atividades lúdicas foram desenvolvidas com vistas a oportunizar uma maior interação entre os participantes, e permitir que, a partir de suas próprias falas, os gestores se percebessem como grupo. Para a elaboração da proposta pedagógica do curso, considerando os pressupostos da aprendizagem significativa e da aprendizagem de adultos, utilizou-se de escolhas estratégicas de atividades que favorecessem a construção do conhecimento: trabalhar com conteúdos significativos a partir da práxis, que possibilitasse a articulação do conhecimento com a prática social que lhes deu origem, problematizando o conteúdo, desenvolvendo a análise crítica da realidade. Para o tema “Estratégias de Gestão do SUS

em MPP” foram apresentados os resultados da primeira etapa da pesquisa em que se analisou o conhecimento da equipe gestora sobre os instrumentos de gestão em saúde. Também foi relatado o estudo desenvolvido sobre “A descentralização da gestão do SUS para os Municípios”, que abordou o que tem sido discutido por outros autores sobre o processo de descentralização da gestão do SUS para os municípios e suas implicações para a garantia do acesso e da atenção integral. Posteriormente, foi aberto o debate com o objetivo de compreender as estratégias de gestão utilizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde no cotidiano do SUS em MPP da Macrorregião Norte do Paraná. No segundo Encontro, para o tema “Políticas de Saúde Fortalecedoras da Atenção Básica nos MPP” foram apresentados resultados sobre o conhecimento da equipe gestora sobre as políticas de saúde inseridas nos municípios. Também foi apresentada pesquisa sobre a análise das políticas de saúde fortalecedoras da atenção básica no âmbito nacional, referentes a 22 ações, programas e estratégias de fortalecimento da atenção primária priorizadas pelo Ministério da Saúde. Durante a apresentação e posteriormente a esta foi aberto debate com o objetivo de compreender a percepção dos profissionais integrantes da equipe gestora sobre a implementação das políticas de saúde fortalecedoras da atenção básica. No terceiro Encontro, foi desenvolvida a discussão do tema “A gestão dos recursos humanos do SUS nos MPP”. Neste encontro foram apresentados dados referentes à gestão do trabalho nos municípios estudados e apresentados dados de revisão integrativa/bibliográfica sobre estratégias que têm sido desenvolvidas nos municípios para operacionalizar a gestão do trabalho no SUS. Durante este encontro, procurou-se discutir questões relacionadas ao tema gestão do trabalho. Todas as

discussões realizadas durante os encontros foram gravadas para posterior análise pelos pesquisadores. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois o produto deste curso subsidiará a produção de teses e artigos, dando continuidade e aprofundando os estudos sobre a realidade dos MPP. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após os encontros foram realizadas avaliações das atividades desenvolvidas. Para muitos foi um momento de “troca de experiência, reflexão, produtivo, desafiador”; “de ampliar o conhecimento de todos”; “compartilhar as realidades vividas”. Segundo as falas dos participantes: “foi possível nestes encontros verificar que as dúvidas eram as mesmas de todos os gestores”; “que refletir sobre o SUS, as dificuldades enfrentadas, os motiva a continuar lutando pelo ideal de uma saúde com qualidade”. Apostar em novas formas de realizar a coleta de dados, de transpor as amarras metodológicas de um projeto de pesquisa, foi um desafio para o grupo. Exigiu intenso planejamento, muitas horas de discussão sobre os objetivos dos encontros, preparo das atividades, organização e sistematização do conteúdo abordado, como também as lacunas existentes e que deveriam ser abordadas durante o curso. Destaca-se a importância de se ampliar o olhar sobre a complexidade do que é ser gestor, devido a incompletude do conhecimento sobre estas realidades, sobre o desafio do que é construir um sistema de saúde equânime, integral e de qualidade para todos, inclusive para aqueles que vivem em mais de 70% dos municípios do país, ou seja, nas cidades pequenas.

A INTEGRALIDADE COMO DISPOSITIVO PARA INTERROGAR O COTIDIANO

Clarissa Terenzi Seixas, Emerson Elias Merhy, Rossana Staevie Baduy, Helvo Slomp Junior

Palavras-chave: Integralidade, SUS, Cuidado

APRESENTAÇÃO: À partir de nossas reflexões em torno do chamado modelo biomédico e seus desdobramentos na constituição do profissional de saúde - que tende a operar sob um modo de subjetivação biomedicalizado e por vezes frustrante para si e para o usuário - e nas práticas de saúde, retomamos a palavra-conceito integralidade, com atenção especial às apostas e disputas em torno de seus significados e de seu acontecimento no cotidiano do trabalho em saúde. Para tal, utilizaremos exemplos oriundos da pesquisa “Rede de avaliação compartilhada (RAC) / 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” e do cotidiano da saúde. A palavra-conceito integralidade, que surge “com a intenção de ser portadora de uma formulação de mudanças radicais, para as ações em saúde” (1 p. 196), como se a palavra em si já garantisse o “protagonismo de novas práticas de saúde”, tem sido engravidada, como diria Merhy (1), de forma distinta por diferentes lógicas/projetos do agir em saúde em disputa. Muito se fala em integralidade, sem que nada de novo venha surgir na produção do cuidado ou, até, camuflando velhas práticas autoritárias. Diversas são as situações, no cotidiano do trabalho em saúde, em que é possível identificar e até vivenciar tais práticas, como a que trazemos aqui, vivenciada por um de nós: a interconsulta pediátrica realizada por uma médica e uma enfermeira, em uma unidade de saúde de um município brasileiro, era alardeada como uma prática inovadora e “integral”. Na prática consistia no seguinte: a criança entrava com a mãe no consultório, a enfermeira media, pesava, auscultava, e a médica anotava, prescrevia. Não havia diálogo, troca. E

tudo isso sem tocar ou se dirigir à criança e tampouco à mãe. Não negamos que práticas como essas podem estar cheias de boas intenções, e muitas vezes são competentes no âmbito dos procedimentos técnicos. Porém, é de se perguntar se havia aprendizado coletivo e permanente para o acontecer do cuidado e o quanto os usuários participavam da construção dessa estratégia. Reconhecemos também que os chamados vazios assistenciais, a exemplo dos problemas de acesso à atenção especializada (2,3), comprometem a oferta de tecnologias duras e leve-duras no SUS, também importantes para a efetivação da integralidade. Mas, como engravidar a “integralidade” de sentidos e significados produtores de mais saúde, de mais vida? Quais sentidos e significados são esses? E, a partir disso, como potencializar a produção do cuidado em nossas práticas? Para que novos processos possam ter lugar, precisamos indubitavelmente interrogar permanentemente os modos instituídos de produção de saúde. Para Merhy e Feuerwerker (1,4), uma bela ocasião para se quebrar a lógica dominante na saúde é a sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho vivo em ato e de suas práticas, onde o agir protocolar dos núcleos profissionais não dá conta, da produção do cuidado. E, nesse sentido entendemos que o conceito de integralidade, mesmo que por vezes massificado, pode ser engravidado, desde que a partir de outro projeto ético-político, aquele que coloca a centralidade das práticas de saúde no cuidado, nas demandas e necessidades em saúde das pessoas e coletivos. E isso não nos parece possível se não compreendermos qualquer espaço para a produção do cuidado, incluindo a clínica, como locus de troca, de escuta, de diálogo, de intercessão, vale dizer, de encontro. Nesse encontro, a interferência é mútua e a construção é conjunta, à partir

do momento em que eu reconheço o outro como um “sabido”, um interlocutor com quem devo pactuar (1,4,5). Entendemos que se trabalharmos com um modelo de cuidado, de saúde, de felicidade e de vida para o outro, e tentarmos impô-lo, estaremos fadados ao fracasso: nem sempre nossa “prescrição” será colocada em prática ou, ainda pior, poderá ser imposta num ato de violência. Isso talvez possa parecer óbvio num primeiro momento, mas é só olhar para a naturalização dos “bons hábitos” que alardeamos como doutrina (não fumarás, praticarás exercícios físicos regulares, tirarás o sal e o açúcar da sua dieta etc.), disfarçados sob a égide de uma promoção da saúde, para nos darmos conta das discriminações, imposições e micro-violências que praticamos ao padronizarmos comportamentos de forma autoritária. Ofertamos a seguir outro exemplo, a fim de ilustrar nossa reflexão. Uma nutricionista tentava pensar uma dieta para um senhor de 96 anos, restrito ao domicílio. Nos últimos tempos, esse senhor vivia praticamente acamado e com diversas comorbidades crônicas. Ela tentava conciliar todas as restrições alimentares que ele tinha - cada uma imposta por um especialista diferente - para elaborar uma dieta equilibrada. Mas eram tantas as restrições - não podia carne vermelha por conta da dislipidemia, não podia carboidratos e açúcares porque era diabético, não podia diversos legumes e frutas porque o potássio estava alto: com tantas restrições ficava quase impossível comer, quanto mais encontrar algum prazer nisso. Aos 96 anos, será que tudo isso era mesmo produtor de mais vida? Quando não reconhecemos no outro um ser desejante que aposta em outros modos de vida, que tem desejos e projetos diferentes daqueles que as “boas práticas” determinam, e do que tem valor para nós, profissionais, por vezes traçamos planos de cuidado ineficazes, disparando prescrições que muitas vezes

não serão seguidas, criminalizando desejos. Nessa falta de diálogo, deixamos de aprender, deixamos de mudar e acabamos realizando um trabalho enfadonho, repetitivo, morno - ou frio mesmo. Um trabalho que não traz satisfação nem pra nós, na sua repetição, nem para o usuário. Um trabalho que não enxerga no outro nada além de problemas a serem extirpados, que não enxerga a potência e o saber do outro. Um trabalho que não produz encontro, ou até produz maus encontros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É esse o desafio central. Apostar que a vida do outro vale a pena, e que a vida do outro me enriquece, como disse Emerson Merhy (6). É claro que há diversas situações em que fazemos isso, em que nos desdobramos, em que liberamos a nossa potência de agir e produzimos empatia, vínculo e co-responsabilização em torno dos problemas que se apresentam. Fugimos dos protocolos e rotinas engessados dos serviços e batemos numa porta, pegamos um telefone, mobilizamos a equipe, estudamos o caso nas horas vagas, articulamos as possibilidades cuidadoras com colegas, sejam eles de nossa equipe ou não. Fabricamos bons encontros e caminhos cuidadores. Então a integralidade da prática que produz cuidado, teria a ver com o reconhecimento do diferente e singular, do outro na sua forma de viver, de pensar, de estar no mundo, de desejar como produtor de vida e de outros saberes. Tem a ver com o deixar-se afetar no encontro e construir junto, estratégias cuidadoras, e portanto, nessa perspectiva, integrais. Tem a ver com colocar a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades das pessoas e dos coletivos e nisso ressignificar modos instituídos como, por exemplo, a clínica. Eis o que esses e outros tantos exemplos do cotidiano dos serviços de saúde nos levam a refletir no que tange à palavra-conceito integralidade.

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DO CONSULTÓRIO NA RUA SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Tereza Cristina Ramos Paiva, Grasielle Nespoli

Palavras-chave: Cuidado em saúde, trabalho em saúde, Consultório na Rua

APRESENTAÇÃO: A implantação dos Consultórios na Rua, como dispositivo da Política de Atenção Básica no Brasil, visa uma aproximação menos tecnocrática com a população em situação de rua, por meio de processos dialógicos e da garantia dos direitos e acesso a outras possibilidades de atendimento no SUS que considerem os determinantes psicossociais e culturais presentes no ato de cuidar. Este dispositivo exige o enfrentamento de desafios constantes, visto a complexidade das necessidades desta população, os impactos na rede de atenção à saúde e a visão do Estado sobre aqueles que fazem da rua seu espaço de sobrevivência que, se estigmatizante, irá propiciar o surgimento de políticas e ações assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de higienização social. Parte-se da hipótese que, ao se compreender as percepções dos profissionais que atuam no Consultório na rua sobre a produção do cuidado, será possível identificar tanto as lógicas e sentidos propostos nas intervenções, como as relações entre cuidadores e sujeito a ser cuidado, como também desvendar modelos de atenção que se colocam em disputa no campo da saúde. Este estudo é um dos produtos resultantes do projeto de pesquisa "Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades constituição de redes de apoio social", do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde - PAPES/CNPQ/FIOCRUZ. O estudo buscou investigar percepções dos trabalhadores de uma equipe de Consultório na Rua sobre a produção do cuidado, dirigida aos usuários

que se encontram em situação de rua e que transitam pelo território de Manguinhos/RJ. Teve o intuito de compreender os modos como concebem, operam e constroem e práticas de cuidado e quais as implicações desse ato nas políticas e na saúde da população assistida. DESENVOLVIMENTO: Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utilizou como técnica de coleta a entrevista semiestruturada. Todos os participantes foram entrevistados conforme roteiro de entrevistas elaborado para cada grupo. A organização do material considerou a sua compatibilidade com o roteiro, a representatividade do universo dos entrevistados, a lógica das escolhas dos temas e a adequação do material ao objetivo do estudo, o que possibilitou a formulação de algumas hipóteses, a determinação de unidades de registro e contexto e a forma de categorização. Houve a pretensão de analisar, além dos significados expressos no material, a opacidade de determinados discursos, tomando como base a interpretação como um ato no nível simbólico e as categorias, ontológica, genealógica, crítica e reconstrutiva, presentes nas percepções dos trabalhadores sobre a produção do cuidado em saúde. RESULTADOS: A partir da análise dos relatos foi possível identificar concepções e modos de cuidar distintos. Como categoria ontológica, o cuidado molda as diversas formas de existência, as identidades que estão sempre em construção, em movimento, no e pelo ato de viver, que se concretiza na presença e interação com o outro, isto é, como se dá o encontro. A dimensão ética do cuidado se fez presente em diversos discursos, através de falas que remetem às estratégias de criação de vínculos e experiências gratificantes e que agregam valor à vida. Para compreender o cuidado como categoria genealógica, buscou-se analisar como os participantes compreendem e vivenciam o

cuidado de si; de ocupar-se e preocupar-se consigo; como lidam como cuidar da própria vida, que suporta um jogo de trocas com o outro, num aprendizado constante. Para a maioria dos profissionais a necessidade de formação continuada, de trocas de experiências para melhor lidar com o outro é uma forma de introduzir mudanças no modo de produzir cuidado, tanto de si como do outro. O cuidado como categoria crítica, que se relaciona ao modo de interação das tecnologias na e pelas práticas de saúde, foi percebido como necessidade de supervisão, de espaços coletivos de discussão permanente, de escuta, instrumentos que precisam de visibilidade para que sejam operacionalizados. Por outro lado, as dificuldades de acesso, de encaminhamento, ou a falta de interesse por parte de alguns serviços foram apontadas como desafios a serem superados pela gestão, reconhecida a necessidade da interação entre o conhecimento técnico e os projetos de vidas dos usuários a quem se presta assistência. Cuidar das pessoas que vivem em situação de rua, não significa manter as pessoas na rua, significa garantir o direito dela permanecer nela. Essa potencialidade reconciliadora entre as práticas de saúde e a vida revelou a percepção do cuidado como categoria reconstrutiva das práticas de saúde. Neste sentido, o cuidado visa o exame das finalidades e meios e sentido prático das ações de saúde e não apenas a aplicação mecânica de tecnologias. O ato de cuidar é percebido também como um instrumento que se contrapõe à lógica da exclusão. Ao circular com o usuário na rede de serviços de saúde, indo com ele às unidades especializadas, o profissional acaba exigindo desta um posicionamento em ato, visto que nem sempre as tecnologias estão implicadas no estabelecimento de interações intersubjetivas e dialógicas e de valorização de outras racionalidades terapêuticas, o que revela modos distintos

da produção de cuidado e de estruturação da rede de atenção no território por parte dos demais profissionais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A análise possibilitou compreender modelos e lógicas distintas de operar e conceber o cuidado diante da experiência de adoecimento física ou mental da população em situação de rua. Embora o cuidado seja percebido pela maioria dos entrevistados como prática de encontro intersubjetivo, de diálogo, de estabelecimento de vínculo e acolhimento, alguns relatos revelam a predominância de sua dimensão técnica-instrumental, em que o cuidado é percebido como algo que se faz pelo outro, impedindo muitas vezes o protagonismo daquele que é cuidado. Desta maneira, é preciso superar os aspectos normativos das práticas de cuidado que dificultam a autonomia, obstruem a circulação de bens simbólicos e dificultam a troca entre os sujeitos e a integralidade das ações de saúde. Além da melhor regulação da rede para garantir o acesso, do aumento da capacidade resolutive dos níveis de complexidade de atenção e da eficiência das tecnologias empregadas na atenção básica, é necessário ampliar a qualificação dos trabalhadores como elemento constituinte do processo de trabalho e promover a discussão e mediação entre as equipes para consolidar práticas democráticas; superar estigmas e a lógica de confinamento e exclusão ainda presentes na postura de alguns profissionais e fortemente na relação entre o Estado e a sociedade. É necessário o fortalecimento de políticas públicas que compreendam que o cuidado não se restringe à ação de um agente cuidador, mas que ele se efetiva na rede de relações de corresponsabilidade entre sujeitos num determinado território. O território, não apenas com espaço geográfico, mas espaço micropolítico onde a vida se desenvolve, tendo o cuidador à função de propor, facilitar ou conduzir relações de cooperação e apoio, num posicionamento desejante, ético, técnico e político. Desejante porque

o cuidado só é possível através de uma atitude terapêutica que busque seu sentido existencial; ético porque envolve respeito pelo modo como as pessoas levam a vida; técnico porque pressupõem conhecimentos sobre as práticas de saúde e político porque o ato de cuidar se insere na luta pela garantia de direitos e transformação das práticas sociais, reconhecendo o outro na sua liberdade e singularidade.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A NECESSIDADE DE “HUMANIZAR” NA SAÚDE

Yashmin Michelle Ribeiro de Araujo, Jhennifer de Sousa Góis, Natália Moreira Machado

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, humanização na saúde, transversalidade

APRESENTAÇÃO: Uma das discussões mais profícuas em voga na contemporaneidade diz respeito à efetividade dos direitos garantidos legalmente ou constitucionalmente. Um destes direitos, amplamente divulgado pelos recursos midiáticos e fortemente exigido nas manifestações populares que se contrapõem ao mau uso dos recursos públicos, corresponde à saúde pública. Se bem sabemos que esta é fruto da organização e mobilização social no Brasil, também sabemos que mesmo que a passos vagarosos – o que constitui um permanente desafio, ela vem se modificando, mediante novas estratégias de organização, que visam pensá-la de modo amplo, torná-la realmente digna e de qualidade, assim como valorizadora dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença. A Política Nacional de Humanização (PNH) surge neste contexto como uma nova forma de pensar a saúde em todos os seus âmbitos. Sua gênese se relaciona ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar,

lançado pelo Ministério da Saúde, em 2001. O referido Programa propunha ações de alteração nas formas de assistência oferecidas aos usuários nos hospitais públicos. Já em 2003, a nova gestão do MS estende a necessidade da humanização para toda a rede de serviços de saúde do SUS: atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar e a PNH (HumanizaSUS) é lançada, estabelecendo como política, a preocupação em efetivar o direito constitucional de saúde para todos. A PNH se pauta na compreensão de humanização como política baseada em “princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS” (BRASIL, 2004, p. 7). A proposta é desafiadora e não apenas por isso, mas também porque propõe interferir no *modus operandi* de se fazer saúde para “viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida” (ibidem, p. 5). **METODOLOGIA:** Este trabalho apresenta como escopo problematizar a atualidade da PNH, tendo em vista sua proposta de interferência na rede SUS para construir uma forma “mais humana” do fazer na assistência à saúde, bem como elucidar sua proposta de amplitude das ações e atitudes qualificadas na relação entre todos os envolvidos no processo da produção da saúde e de sujeitos. Para tanto, este trabalho corresponde a uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a proposta da PNH e as compreensões sobre humanização, fundamentando-se em Casate e Corrêa (2005), Garcia et. al. (2009), Navarro e Pena (2013), entre outros autores e no documento da PNH. Do mesmo modo, também apresentamos algumas considerações sobre a observação participante realizada no Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) do Instituto de Prevenção do Câncer, localizado em

Fortaleza/CE, ao longo do ano de 2014. Quando pensamos em humanização devemos levar em consideração o que o termo mencionado quer dizer. Garcia et. al. (2009, p. 84) apropriando-se de Deslandes (2004) afirma que esta autora entende que não há um conceito claro e estanque para o que seja a humanização da assistência à saúde, mas sim caracterizações desta como uma diretriz de trabalho. Isto gera, em contrapartida, questionamentos quanto uma definição de humanização, sugerindo a condição de “humanizar o humano”. A ideia de humanizar o humano traz em si a noção de que existem comportamentos ou condutas materializadas quando se é humano, diferenciadas de outros comportamentos ou condutas que não são da natureza humana. Complementarmente, Arruda (2003) apud Garcia et. al. (2009, p. 72-73) demonstra que na construção do homo aparecem elementos que constituem a natureza humana, como o egoísmo, a competição e a agressividade. A autora entende que o homo é naturalmente bom, no entanto, que a condição de desumano foi construída historicamente e, portanto, pode ser desconstruída. Do mesmo modo, o cuidado seria uma conduta própria da natureza humana (GARCIA et. al., 2009, p. 82), que poderia, portanto, ser resgatada e efetivada em diferentes espaços. Humanizar para a PNH se refere à oferta de atendimento qualificado e que alia a tecnologia ao acolhimento, com espaços de cuidado e condições de trabalho favoráveis. Há, portanto, a necessidade de se humanizar a relação com o doente, do ponto de vista do profissional, o que exige a criação de afetividade e de sensibilidade para materializar o ato de cuidar, numa espécie de relação de encontro de sujeitos humanos que compartilham saberes, poderes e experiências pessoais de vida (CASATE; CORRÊA, 2005, p. 110). Entendendo o ato de humanizar também dessa forma, a PNH propõe ser implementada em toda a rede

SUS de forma transversal. RESULTADOS: Dentro de uma política transversal, por conseguinte, a humanização deve ser compreendida “como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva”. (BRASIL, 2004, p. 7). E já que se fundamenta como uma construção coletiva precisa ser a resposta concreta do envolvimento de todos os sujeitos (pacientes, familiares, profissionais, etc.), garantindo-se a troca de saberes, o diálogo entre os profissionais das equipes (com o incentivo à grupalidade), a interação. É somente dessa forma que o usuário dos serviços do SUS se constitui como um sujeito de direitos executor da sua autonomia e participe das decisões sobre sua saúde. No IPC, uma unidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que cumpre a missão de contribuir para a melhora da qualidade de vida da mulher e do homem, no que se refere à diminuição da morbimortalidade por doenças relacionadas ao câncer, prestando atendimento ambulatorial e realizando cirurgias de pequeno e médio porte, além de oferecer serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas ginecológicas, mamárias, de pele e pênis, o GTH apresenta funções diversas. O referido Grupo é composto por profissionais e gestores da instituição supramencionada e se reúne mensalmente para discutir questões referentes, entre outras coisas, a melhora da qualidade dos serviços prestados aos usuários do IPC e os modos de como operacionalizar uma prática mais humana e acolhedora. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As dificuldades para consolidar os objetivos mencionados são muitos, tais como a dificuldade de compreensão dos funcionários do que seja a humanização, o não engajamento nas propostas encabeçadas pelo grupo, assim como a descrença na modificação de

ações e comportamentos já cristalizados nas condutas dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença. Entretanto, as possibilidades de sensibilização mobilizam o grupo para a elaboração de novas estratégias e articulações. Observamos que as discussões teóricas permitem situar a PNH como uma política basilar dentro da rede de serviços do SUS, uma vez que vem a lume com a proposta de consolidar a “humanização” na saúde, tendo em vista a urgência de prestação de serviços que satisfaçam os usuários, mas também os profissionais e outros envolvidos no processo, como familiares e gestores. A observação participante no GTH do IPC nos fez ver, da mesma forma, que para que a PNH se consolide – gradualmente - dentro da rede SUS, há que se compreender a importância dos sujeitos, uma vez que são seres “humanos” os quais devem tratar e cuidar “humanamente” de outros seres humanos, assim como há que se resgatar o “encantamento pelo SUS”, acreditando-se no potencial dos sujeitos e nas possibilidades de elaboração de estratégias de articulação para a materialização das diretrizes da PNH.

A POTÊNCIA DA TECNOLOGIA LEVE NA GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Vivian Costa da Silva, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: gestão do trabalho, tecnologias leves, saúde coletiva

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: Os processos de trabalho em saúde estão estruturados de tal forma que valorizam predominantemente o uso das tecnologias duras e leve-duras, são ordenados e estruturados a partir de uma lógica de núcleos de competência profissional, com práticas organizadas em procedimentos, normas, consultas, exames, prescrição de fármacos, equipamentos e instrumentos diagnósticos. A tecnologia

leve como organizadora dos processos de trabalho promove o encontro e o trabalho vivo em ato. Privilegia as trocas e interações, coloca atores e serviços em diálogo, reflexão, compartilhamento e construção de cuidados singulares e integrais em saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A lógica mecanicista na saúde fragmentou o corpo, os processos de trabalho e os trabalhadores. A organização dos serviços em especialidades e a utilização de tecnologias duras e leves-duras para articular os processos de trabalho, aliados ao capitalismo, constituíram uma cultura de isolamento onde as pessoas trabalham sozinhas em consultórios, isoladas em máquinas, sem se comunicarem com as demais pessoas. A nossa cultura em saúde incorporou e valoriza a utilização das tecnologias duras e leve-duras nos processos de trabalho em saúde. As indústrias produtoras dessas tecnologias investem fortemente para captar e vender a necessidades de consumo, e acabaram produzindo uma espécie de fetiche (nos profissionais e usuários) na utilização e consumo dessas tecnologias no cuidado em saúde. O consumo dessas tecnologias gerou um empobrecimento da utilização das tecnologias leves, o que é contraditório a demanda e queixa dos usuários da saúde pela escuta, vínculo, acolhimento, responsabilização. O cuidado integral em saúde - com escuta, vínculo, acolhimento, responsabilização, entre outros – acontece durante a realização do trabalho vivo em ato, no momento intercessor dos encontros entre os profissionais, usuários, familiares, instituição e serviços. A incorporação das tecnologias leves no desenho e gerenciamento dos processos de trabalho em saúde são determinantes da prática e agires profissionais, da qualidade da atenção, cuidado e saúde que produzimos. Os processos de trabalho pensados a partir da tecnologia leve permitem os encontros. Promover os encontros é fundamental porque é neste espaço que está a tensão

e prescrição das normas e regras, dos mecanismos de controle, a prescrição, as disputas entre os diferentes núcleos de saberes profissionais pelas práticas de cuidado, os interesses corporativos e a lógica economicista de rentabilidade de capital. São nesses encontros que se encontram os elementos culturais que capturam o trabalho vivo. É no momento do encontro que os profissionais, usuários e familiares mediam os seus interesses, demonstram sua força, impõem a “finalidade” do trabalho em saúde. O mundo do trabalho é um espaço complexo e caracterizado pela multiplicidade, e é na intersecção dos encontros entre os diversos atores e serviços que reside a micropolítica do trabalho em saúde. Deste modo, as práticas profissionais privilegiando a tecnologia leve permite que os trabalhadores atuem tecnoassistencialmente colocando o usuário e suas necessidades no foco da atenção e prática; problematizando o cenário e contexto em que atua, modelando os processos de trabalho orientados pela complexidade do território; construindo coletivamente conhecimentos, ações e soluções com autonomia para interferir nas regras e nos protocolos; participando da gestão e do planejamento; produzindo e reinventando as práticas de saúde. A tecnologia leve na modelagem de gestão do trabalho em saúde colabora na articulação da rede viva do SUS, abrindo espaço para que os atores se afetam mutuamente, carreguem suas alegrias, tristezas, desejos, intencionalidades e subjetividade, mobilizem seus agires sobre o mundo do trabalho. É no espaço de encontro onde se elabora as necessidades (de saúde), a tensão entre as distintas lógicas de saúde e doença e as disputas de poder, e se constrói um projeto terapêutico singular e integral. RESULTADOS: A valise relacional, da tecnologia leve, aponta para a singularidades dos processos de trabalho e dá vida ao ato do trabalho em saúde. Ela permite reconhecer

os modos de produção, as disputas e jogos, as lógicas, as representações, as singularidades, as subjetividades, o contexto. A tecnologia leve possibilita o encontro entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde, permite a troca, a escuta, a interação, o compartilhamento, as negociações, as pactuações, a construção de processos usuário centradas, de vínculos e compromissos, a construção de novas possibilidades de agir no ato produtivo. É no espaço relacional da tecnologia leve que há a abertura para que os trabalhadores de saúde e usuários levem para os encontros as suas intenções, desejos e construam um projeto terapêutico cuidador e singular. São as tecnologias leves que permitem reconhecer as potências do trabalhador e dar sentido ao uso das tecnologias duras e leve-duras. Desenvolver uma modelagem de gestão do trabalho em saúde que valorize a utilização da tecnologia leve nos processos de produção do cuidado em saúde, abre a produção de saúde para a potência do exercício da autonomia humana (não só profissional), para um novo modo de fazer saúde, para o trabalho em equipe, para um processo de trabalho que privilegia a comunicação, a construção de diálogo, a negociação, os consensos, o compartilhamento de valores, a interação e integração de conhecimentos e ações. Deste modo, será rotina nos serviços de saúde a tomada de decisões coletivas e compartilhadas, a legitimação das representações, a autonomia profissional, a pactuação de projetos, a predominância dos interesses coletivos e a construção coletiva de sentidos. A tecnologia leve desponta como estratégia eficaz de produzir encontros, de permitir a articulação e interação entre os atores e serviços, de potencializar o trabalho vivo em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As tecnologias leves são insumos fundamentais para os trabalhadores abrirem fissuras nos processos de trabalho cristalizados, produzir

mudanças e fabricar movimentos na rede viva do SUS; sobretudo, para potencializar a mobilização das subjetividades para disputar as práticas, organizar os processos de trabalho, estabelecer relações e interações com os sujeitos, recursos e demais elementos que compõem a rede, e produzir cuidado integral em saúde. Apostar na tecnologia leve como forma de gerir o trabalho em saúde, é apostar em uma modelagem rizomática para transformar os processos de trabalho em processos reflexivos e inteligentes, que deem sentido ao modelo e ao trabalho em si, que permita o exercício da autonomia e protagonismo dos trabalhadores, e considere o contexto e realidade de cada serviço, equipe e usuários para a produção de saúde. É uma aposta em uma modelagem que privilegia o trabalho vivo e os encontros. E são os encontros que irão possibilitar a construção de vínculo e de projetos terapêuticos, a escuta, a produção de novos pactos de organização do trabalho, e a implicação dos atores envolvidos no processo de produção de saúde.

A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: UM BREVE RELATO

Bruna Ceruti Quintanilha, Meyrielle Belotti, Kelly Guimarães Tristão, Luziane Zacché Avellar

Palavras-chave: Saúde Mental, Criança, Adolescente

No Brasil a política de Saúde Mental Infantojuvenil foi, historicamente, formada de instituições filantrópicas ou privadas, tais como educandários, escolas especiais e intuitos para deficientes; estes, de modo geral, reproduziam relações tutelares. Apenas em 2003, o Ministério da Saúde, passou a formular de modo coletivo e intersetorial diretrizes para uma rede de

assistência em saúde mental a crianças e adolescentes, com base comunitária e de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Os Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPSi) passam, assim, configurar papel fundamental na rede de cuidados às crianças e aos adolescentes. Estes centros têm como função promover o cuidado em saúde por meio de atividades intersetoriais, coletivas e de cunho clínico. Os CAPSi trabalham sob a perspectiva da produção de autonomia do sujeito, incentivando ao máximo a inserção deste em atividades comunitárias. De acordo com a Portaria/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, os CAPSi se configuram como serviços de base territorial e planejados para cidades com no mínimo 200.000 habitantes. Estes são destinados a prestar assistência em casos severos e persistentes em saúde mental infantojuvenil, além de serem responsáveis por organizar a rede em seu território de abrangência. O município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, inaugurou no ano de 2007 seu CAPSi, para atender às crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. No ano de 2012, foram iniciadas as atividades de um segundo serviço para cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantojuvenil (CAPSadi). Este tinha como foco o atendimento às crianças e adolescentes que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas. Neste cenário, o referido município passa, a ser um dos poucos no país a ter institucionalizado um serviço específico para a população infantojuvenil, que faz uso de substâncias psicoativas. Contudo, no ano de 2013, o serviço é fechado e o atendimento a este público passa a ser feito no CAPSi. Deste modo, o CAPSi começa a atender uma nova demanda. Assim, o campo da pesquisa congregava um contexto institucional que prestava assistência a crianças e a adolescentes,

tanto com sofrimentos psíquicos severos e persistentes, quanto para os que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O movimento de fusão de demandas, que ocorreu em Vitória/ES, coaduna-se com o estabelecido pela Portaria n.º 3088 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que surge com o objetivo de favorecer a interlocução entre os componentes de rede de cuidado em saúde mental. Assim, sua implantação visa criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para sujeitos com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. O cuidado em saúde mental infantojuvenil somado à temática do uso abusivo de álcool e de outras drogas é recente no campo da saúde mental. Nesse sentido, aproveitando a recente fusão dos serviços em Vitória/ES, o presente estudo buscou conhecer as concepções dos profissionais sobre a produção do cuidado no contexto deste serviço. Para isso, seu objetivo consiste em compreender os significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre a produção de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). A pesquisa teve cunho qualitativo e utilizou-se a técnica de Grupo Focal. Foram realizados dois encontros com dois grupos de profissionais distintos, totalizando nove participantes. As perguntas-guia para a realização dos encontros foram: (a). Como foi o processo de fusão?; (b). Como o serviço está se organizando a partir da fusão? E (c). Quais as dificuldades nesse processo? Como resultado das discussões trazidas nos grupos, pudemos perceber que a fusão de demandas implicou também em junção de equipe de dois serviços. Os profissionais que compunham o CAPSadi foram em parte trabalhar no CAPSi e outros foram remanejados para demais serviços da Prefeitura Municipal de Vitória. Destacaremos aqui alguns pontos trazidos

pelos profissionais em relação a este processo e ao cuidado prestado aos usuários e familiares. Os profissionais relatam que o processo de fusão gerou tensão e angústia neles, visto que teriam de se deparar com uma nova forma de organizar o trabalho. Isto tanto no que concerne à mudança na equipe profissional, quanto a ter de lidar com uma nova temática. Isto porque, os profissionais originários do CAPSi passaram a atender o público usuário de substâncias psicoativas. E os profissionais advindos do serviço de Álcool e Drogas, atender aqueles com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Em relação a isto, nota-se que estes últimos apresentaram menor preocupação do que os profissionais que anteriormente só atendiam o público com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Isto mostra que mesmo para os profissionais de um serviço de Saúde Mental a temática do uso abusivo de substâncias ainda se apresenta como tabu. Os profissionais relataram ainda que a fusão gerou apreensão para os familiares, principalmente, daqueles de crianças com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. De acordo com os relatos, os pais e cuidadores das crianças ao reconhecer no serviço algum adolescente em uso de Substâncias Psicoativas, mostravam-se preocupados dos filhos conviverem com estes, vendo-os como ameaça. A equipe avalia ter conseguido contornar bem isto ao esclarecer a nova demanda do serviço e demonstrando para os pais que, os referidos adolescentes, também estavam no CAPSi em busca de cuidado e tratamento. Com isso, é possível verificar que os profissionais têm conseguido desempenhar o cuidado em saúde, conforme estabelecido na política de saúde mental. Em relação à fusão dos serviços, os profissionais não se posicionaram como contra ou a favor. Contudo, pontuaram o fato da clínica para os públicos ser diferente. Foi ressaltado por eles que a relação que os usuários com sofrimentos psíquicos severos e

persistentes estabelecem como o CAPSi é diferente da que se forma com os usuários que fazem uso de álcool ou outras drogas. Segundo os profissionais, estes últimos têm o serviço como um ponto de apoio, um lugar em que se sentem seguros. Com isso, muitas vezes procuram o CAPSi para se afastar da violência do território em que vivem ou então poderem fazer uma refeição e tomar um banho. Ou seja, não vão necessariamente em busca de tratamento, mas os profissionais entendem estes momentos como importante para acolher, proporcionar escuta e construção de vínculo e cuidado com este usuário. Percebe-se, a partir dos encontros dos grupos focais, que a fusão dos serviços e equipes fez emergir algumas questões em relação à organização do trabalho e que estas precisam ser debatidas por todos os trabalhadores. Nota-se que, apesar das dificuldades elencadas para efetivação do trabalho, a equipe tem conseguido elaborar muitas ações conjuntas com os usuários e familiares que primam pela autonomia e cuidado com estes. O serviço tem também conseguido realizar algumas alianças com outras instituições e serviços da rede municipal. Desse modo, entende-se que, apesar de haver questões que precisam ser revistas entre a equipe, o processo de fusão não paralisou a produção do cuidado com as crianças, adolescentes e familiares que procuram o CAPSi de Vitória/ES.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONTROLAR A VIDA / PRODUZIR A EXISTÊNCIA

Josiane Vivian Camargo de Lima, Ana Lucia Abrahão

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde, biopolítica, Cuidado a Saúde

Este trabalho é parte de uma tese de doutorado, traz uma análise da produção do

cuidado na atenção Básica à Saúde (ABS) a partir dos encontros produzidos pelo usuário Juan nas estações de cuidado e também nas redes e locais que buscou para atender sua necessidade de saúde. A introdução debate a constituição da Atenção Básica à Saúde no Brasil e no município de estudo e problematiza a sua constituição a partir do modelo da Vigilância à Saúde e a ação da biopolítica no processo de produção do cuidado. Tem como eixo transversal que o objeto do trabalho do campo da saúde é o cuidado, o qual é produzido em ato e presidido pelas tecnologias leves. O estudo, pesquisa qualitativa, acontece em uma Unidade Básica de Saúde e toma parcialmente como referência o caminho metodológico construído na pesquisa em Saúde Mental Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Processo 575121/2008 4, CNPq, 2011, tendo como dispositivo metodológico o usuário guia. Os resultados foram obtidos de diversas fontes, sendo o acompanhamento dos movimentos produzidos pelo usuário guia norteador para as entrevistas semiestruturadas, análise documental, e observação da produção do cuidado, das reuniões e oficinas de educação permanente e as afecções da própria pesquisadora, produzidas pelas conversas nos carros e na rua, registradas no diário de campo. O presente estudo cumpriu os princípios éticos da Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos e foi submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa/CEP/HUCFF/FM/UFRJ e aprovado com parecer sob o número 124.904. A análise é apresentada em seis platôs. No primeiro Platô é discutida a construção do campo da pesquisa e as implicações da pesquisadora. O segundo Platô traz a narrativa da história de Juan e seus encontros com as estações de cuidado. No terceiro Platô são apresentados os arranjos utilizados na análise, a saber, o itinerário

terapêutico, o fluxograma analisador do processo de trabalho, o diário de campo e o usuário guia. Arranjos de análise que permitiram identificar as diversas estações de cuidado percorridas pelo usuário, as unidades de produção e os nós críticos no processo de trabalho na unidade de saúde, como também as barreiras de acesso ao cuidado que são produzidas no interior do serviço. O usuário guia deu visibilidade às redes produzidas pelo usuário e equipe na produção do cuidado, e como o encontro da equipe com diferentes territórios existências do usuário potencializam o cuidado integral. Os outros Platôs discutem as diversas linhas de força que transversalizam a produção do cuidado na atenção básica: as disputas dos trabalhadores por seus projetos pessoais e concepção sobre o modo certo de produzir o cuidado na ABS e quanto o direito ou não à saúde. As ações programáticas à saúde como território da biopolítica que incide no fazer cotidiano e na construção das práticas. Produzir o cuidado na ABS é produzir redes, estabelecer conexões entre os trabalhadores das diferentes profissões, entre trabalhadores e usuários, familiares, com outras estações de cuidado, com outras instituições que atuam no território, redes que se fabricam, rompem e consertam-se, montam e desmontam, rasgam-se e se recompõe de formas diferentes com outros pontos de conexões, produção e desconstrução redes vivas o tempo todo, mas também navegar pelas redes formais, produzindo ou não atalhos quando elas não respondem as necessidades dos usuários. Mergulhar no mundo da produção do cuidado é mergulhar no mundo das redes e da multiplicidade, cuidado produzindo potência. Mas também imergir no território atravessado pelas linhas de força de segmentarização do instituído pelo modelo biomédico; da assistência à doença e não do cuidado ao usuário, das regularidades, das repetições, do cumprir o protocolo como objeto das práticas, das muitas regras

que definem para quem e como o cuidado deve ser produzido. O lugar dos fluxos que engessam. A Atenção Básica á saúde como território da biopolítica, das ações de promoção que ampliam a potencia das vidas, mas também território da promoção das cartilhas repletas de regras de como viver de forma saudável, que se olharmos bem de perto, talvez fique o saudável, mas aonde foi mesmo o viver? Foi possível também constatar a fragilidade das linhas que compõem as redes, que muitas vezes se rompem e então tudo se inicia novamente, ou não. A desterritorialização da equipe de Saúde da Família deu visibilidade a potencia que a descoberta de outros territórios existenciais, pôde produzir agenciamentos que permitiram a invenção de novas ferramentas para garantir que o cuidado aconteça e as necessidades sejam atendidas. Porém, deu também visibilidade a produção da barreira no interior do serviço; que quando o protocolo é utilizado como ferramenta, ele contribui para que o cuidado aconteça e a distorção como na imagem de um espelho, quando a regra de cumprir do protocolo a qualquer custo é a finalidade do trabalho, este funciona ou como barreira de acesso ou como elemento que dificulta e rompe o vínculo e a rede viva produzida pelos usuários e trabalhadores. Nos caminhos com o ACS Teri encontrei a Atenção Básica à Saúde do compromisso, da vontade de acertar, da indignação com o sofrimento do outro, como também da descontinuidade do cuidado que gera impotência e imobilidade no trabalhador. A descontinuidade que se dá tanto na micropolítica do trabalho onde os profissionais põem em disputa os seus projetos, sobre suas concepções de como devem operar no seu cotidiano, como pelos atravessamentos produzidos pelas restrições de contratação de pessoal as quais causam alta rotatividade de

profissionais, que dificulta ou impede a formação de vínculo, constituição de coletivos, entre os membros da equipe como também entre os trabalhadores e usuários. Acredito ser importante apontar que no movimento de buscar: analisar, construir passagens possíveis de serem vistas, escutadas, sentidas e ouvidas sobre a produção do cuidado na atenção básica, produziu deslocamentos que não foram fáceis, pois tive que me haver com a minha aposta que tinha em relação ao cuidado na ABS e as relações da equipe com os usuários e desconstruir a imagem de que, as dificuldades da produção de um cuidado integral e a produção de barreiras estavam mais relacionadas o acesso a outros pontos da rede do que aos processos micropolíticos da produção do cuidado na unidade. Tinha a compreensão das disputas e seu impacto no cuidado, contudo tinha um julgamento moral produzido pelo raciocínio binário: comprometido/não comprometido, o que foi desterritorializado quando ficou visível a multiplicidade de todos e sua capacidade de produzir linhas de fuga ao instituído. Ainda restam muitos incômodos e questões sendo os causados pela tensão entre como produzir projetos terapêuticos singulares com a pressão da demanda que bate a porta cotidianamente nos serviços um dos que mais me pegam. Acredito que apostar em processos de análise que permitam deslocar o olhar para os vários mundos do usuário seja uma das pistas, a intercessão com o campo mostrou que a possibilidade de ter espaço para discussão de casos que vão para além do caso clínico e façam imersão na vida dos usuários pode ser um potente disparador de autoanálise na equipe e agenciar a produção de novos territórios existenciais nos membros nessa.

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SÍNDROME DE DOWN: REPERCUSSÕES DO OLHAR DA SOCIEDADE E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Raieli Ciscato Bressan, Dienifer Guerra da Silva, Luciane Najar Smeha

Palavras-chave: Síndrome de Down, Representação Social

INTRODUÇÃO: Propõe-se, com este trabalho, uma reflexão acerca do que se conhece a respeito da síndrome de Down, do que se fala e do que se pensa a respeito, proporcionando uma discussão das representações sociais e como essas produções reverberam na construção do sujeito com síndrome de Down. O conceito da síndrome de Down tem evoluído de acordo com o progresso dos saberes da Medicina, Psicologia e Educação, proporcionando uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento das pessoas com essa deficiência. Mesmo com tantas mudanças, alguns termos e seus significados deixaram marcas e opiniões a respeito dessas pessoas e, provavelmente, ainda contribuem para a construção da representação social da deficiência e da síndrome de Down. As representações sociais são mecanismos dos quais o homem utiliza para compreender um fenômeno, no caso a síndrome de Down, e apropriar-se do mundo real, objetivando tornar familiar à sua consciência àquilo que não lhe é familiar. Assim, quando falamos em pessoas com deficiência, trazemos à tona uma imagem mental que se construiu segundo uma interpretação singular, baseada em nossas experiências e no que foi impresso em nossas mentes pela sociedade. Logo, pode-se pensar que as pessoas com síndrome de Down recebem influências das representações sociais, que lhes são mais incapacitantes e segregadoras do que as próprias limitações

inerentes à sua condição. Portanto, é de suma importância a reflexão acerca das determinações sociais, e não somente, as determinações genéticas como fatores que irão contribuir para o desenvolvimento e, conseqüentemente a constituição enquanto sujeito da pessoa que tem a síndrome de Down. O objetivo principal do estudo foi compreender se há correspondência entre a representação social da síndrome de Down e a percepção que jovens com a síndrome têm a respeito de si mesmos. Além disso, pretendeu-se conhecer as representações sociais a respeito da síndrome de Down, na realidade de dois grupos, um deles com formação acadêmica na área da saúde e o outro de pessoas sem formação acadêmica. **MÉTODO:** O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. Os dados foram coletados por meio do diário de campo e entrevista semiestruturada, onde participaram do estudo um total de 10 entrevistados, sendo cinco pessoas com formação acadêmica na área da saúde e outras cinco sem formação acadêmica. Além de um grupo formado por sete jovens do sexo masculino com síndrome de Down e idade entre 14 e 33 anos, o grupo foi coordenado por uma das autoras e dele foi extraído os registros para o diário de campo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, foi realizada a análise do conteúdo. A partir disso, os resultados das representações sociais tiradas das entrevistas foram triangulados com o material do diário de campo. O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme nº 05525612.9.0000.5306. **RESULTADOS:** Os resultados do estudo apontam evidências de uma infantilização, mesmo quando perguntados sobre adultos. Os profissionais também utilizam essa mesma representação, o que é possível perceber quando descrevem a personalidade do jovem com síndrome de Down com características de uma criança. Com isso,

nota-se também que o discurso dos jovens com síndrome de Down fica afetado pela maneira como são vistos e tratados pela família, sociedade e profissionais, e por muitas vezes eles se mostram incomodados com essa representação que os infantiliza. Os participantes da pesquisa se referem à sexualidade como sendo um “problema”, e essa acaba se tornando um obstáculo aos olhos de quem vê esses jovens como crianças que não podem se masturbar e ter relações sexuais. Porém, sabe-se que o desenvolvimento da sexualidade dos adolescentes com síndrome de Down é o mesmo das pessoas sem deficiência e que, se tiverem acesso a informações sobre o que está acontecendo com o seu corpo, não apresentarão condutas sociais inadequadas como, por exemplo, masturbação em público. Há uma desvalorização da capacidade intelectual do jovem com síndrome de Down, pois a sociedade tende a ignorar o que é falado por eles. Esses jovens também manifestam o seu desejo de serem reconhecidos pela sua identidade e não na caracterização geral da síndrome. Eles conseguem reconhecer o que é da síndrome e o que não é, percebendo sua individualidade e subjetividade. A aparência da pessoa com síndrome de Down já influencia nas atitudes que a sociedade vai ter com elas, mesmo antes de conhecê-las. Tanto para os profissionais da saúde quanto para a sociedade em geral, as características são bem definidas e fáceis de serem identificadas. Esses “sinais” visíveis que desvendam a síndrome mesmo antes de uma possível aproximação da sociedade com a pessoa que tem síndrome de Down, por muitas vezes, tiram a oportunidade do jovem ou adulto se mostrar além da deficiência. Com isso, percebe-se a insatisfação que os jovens com a síndrome têm em relação ao seu próprio corpo, sua aparência física, já que eles buscam “esconder” as características externas que os

ligam a síndrome de Down. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível constatar que há uma constante correspondência entre a representação social da síndrome de Down e a percepção que os jovens com síndrome de Down tiveram acerca de si mesmos ou a cerca de como “erroneamente” são percebidos pela sociedade, incluindo família e profissionais. Contrapondo as falas tanto do grupo dos profissionais, como os que não têm formação acadêmica é nítida as reverberações que as representações sociais têm sobre como esses jovens se veem e, principalmente, pela maneira como eles não querem mais ser vistos. Eles têm clareza e consciência de como os outros os veem e agem com eles. Querem desmistificar as representações que não condizem mais com a realidade e subjetividade de cada um. Com esse estudo, foi possível perceber o quanto é difícil viver em sociedade quando se tem uma deficiência, e mais ainda o quanto as representações sociais são resistentes as mudanças e modificações, o que pode ser um indício da prevalência do preconceito e discriminação em nossa sociedade. Pois, pouco tem efeito às leis que incluem a pessoa com deficiência, se não há um preparo e conscientização da sociedade e dos profissionais para receber e saber conviver com as limitações e potencialidades desses jovens que querem fazer parte da vida adulta.

A SITUAÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE E O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL A EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA INSERIDAS NO SISTEMA PRISIONAL

Aline Mattos Fuzinato, Águida Luana Veriato Schultz, Renata Maria Dotta Panichi, Bárbara Sordi Stock, Bryana Marques Rocha, Juliane Pacheco Paim

Palavras-chave: Atenção Básica, Mulheres, Prisões

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO: O Rio Grande do Sul é o primeiro estado a implantar uma Política Atenção Básica em saúde a população privada de liberdade no sistema prisional com co-financiamento para a municipalização de Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais. A partir da resolução CIB-RS nº 257/11, regulamentou-se um conjunto de estratégias para garantir a constituição de uma rede de cuidados integrais à pessoa privada de liberdade, baseadas nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – Portaria Interministerial nº 1777/03 e PNAISP. Nesse contexto, o crescente aumento de mulheres encarceradas nos últimos 10 anos convocou essa Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional a uma reflexão interdisciplinar a cerca da produção da saúde nesse território. Desde uma perspectiva regional, concretamente no RS entre os anos de 2004 e 2012, a população prisional feminina cresceu de 800 para 1.940 mulheres privadas de liberdade, o que representa um aumento de 150% dessa população. No Estado, dos 98 estabelecimentos prisionais cadastrados no sistema de informação do Ministério da Justiça (InfoPen, 2012), 73 comportam mulheres entre a população privada de liberdade, sendo que destes, apenas cinco são exclusivamente femininos. Considerando que produzir saúde em espaços prisionais levanta questões peculiares do exercício profissional dentro das prisões e das consequências que este cuidado produz, podendo ser elemento disparador para o fortalecimento da atenção básica do território no retorno deste cidadão à sociedade. O presente resumo apresenta os resultados da pesquisa-intervenção “A situação das mulheres privadas de liberdade e o apoio matricial em saúde mental a

equipes de atenção básica inseridas no sistema prisional”, que teve como objetivo conhecer a situação psicossocial das mulheres privadas de liberdade no Presídio Feminino Madre Pelletier (PFMP) – Porto Alegre/RS, a fim de construir uma linha de cuidado a saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. A partir da pesquisa buscou-se favorecer a ampliação e a diversificação das ações em rede e de um cuidado em saúde que atenda a singularidades a partir da implantação do Apoio Matricial em Equipes de Atenção Básica que atendam essa população. A pesquisa, que teve duração de 24 meses, ocorreu nos anos 2014 e 2015, tendo como fonte financiadora a Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um trabalho pioneiro em nível nacional, interinstitucional, com a participação da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Faculdade do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP). A metodologia utilizada foi a pesquisa intervenção, descritiva exploratória. Para coleta de dados quantitativos foi realizado um levantamento para diagnóstico do perfil sócio demográfico e penal das mulheres presas no PFMP. A intervenção foi realizada com a Equipe de Atenção Básica que atua nessa instituição, utilizando o apoio matricial como método de trabalho. A coleta de dados qualitativos do apoio matricial em saúde mental, foi realizada por meio de grupos focais pré intervenção realizado com os trabalhadores que compõe essa equipe de saúde, no intuito de conhecer o processo de trabalho dessa equipe e as principais demandas em saúde mental percebidas por ela. Os encontros de apoio foram planejados a partir da análise de conteúdo desses grupos com técnicas de discussões de caso, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e oficinas

de educação continuada. Utilizando o método Paidéia (CAMPOS; CUNHA, 2010), os encontros entre equipe de referência e equipe apoiadora buscaram construção de espaços para a comunicação ativa e o compartilhamento do conhecimento entre profissionais envolvidos visando disparar um processo educação permanente que propiciasse um aprendizado vivencial auto analítico, que desdobrasse em duas dimensões: suporte assistencial (ação direta aos usuários) e técnico-pedagógico (ações de apoio educativas com e para a equipe). Após a intervenção, foram realizados dois grupos focais para avaliar conjuntamente o impacto do apoio. RESULTADOS: A pesquisa está em desenvolvimento e em seu primeiro momento deu origem ao Grupo de Pesquisa de Vulnerabilidades e Violências na Faculdade do Ministério Público, que em encontros semanais buscou o alinhamento teórico e aprofundando dos conhecimentos dos pesquisadores envolvidos sobre a temática. A aproximação a equipe de atenção básica do PFMP se deu por meio dos grupos focais pré-intervenção, que resultaram na construção de analisadores para o Apoio Matricial. Foi possível identificar que as questões de saúde mental, como ansiedade e depressão, são as principais demandas na unidade; é alto o número de mulheres que fazem uso de medicação psiquiátrica; a equipe de saúde desconhece legislações voltadas para a atenção a saúde das mulheres no sistema prisional; e há a necessidade de qualificação da articulação com a rede de atenção a saúde para a mulher egressa. Nos sete meses de intervenção foi realizada a discussão de casos emergentes no cotidiano do serviço e oficinas de educação permanente na temática de gênero, drogas e linha de cuidado, que foram definidos a partir da necessidade identificada conjuntamente no processo do apoio. A partir da avaliação da intervenção, a visibilidade da temática

aqui abordada, por meio da produção de conhecimento científico sólido, é o principal resultado alcançado até o presente momento. CONSIDERAÇÕES: Considera-se que produzir saúde em prisões traz a luz questões singulares atinentes ao exercício profissional e às possibilidades que este cuidado evoca, no que tange a garantia do direito à saúde, na perspectiva do SUS. As diretrizes da integralidade, equidade e universalidade aqui se revestem de especial importância, assim como o reconhecimento da EABp como integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do território. Conhecer a realidade das mulheres encarceradas no RS, a partir da experiência do Apoio Matricial, torna possível a elaboração de uma Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional com recorte de gênero e continuidade do cuidado no território, por meio da articulação intersetorial, instituindo uma metodologia de trabalho que propõe a atenção integral da saúde desta população. Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a construção da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Mulheres Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, com recorte gênero. E, a sistematização de uma metodologia para implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental às Equipes de Atenção Básica em prisões, como um novo dispositivo de gestão, para a qualificação do trabalho, sendo publicados por meio de notas técnicas.

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DO TRABALHADOR: A PROBLEMÁTICA DO USO DE AGROTÓXICOS NA FUMICULTURA

Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Marilise de Oliveira Mesquita, Deise Lisboa Riquinho, Graziella Chaves Trevilato, Robriane Prosdocimi Menegat, Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Palavras-chave: Saúde da População do campo, Vigilância em Saúde, Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO: A utilização de múltiplas classes de agrotóxicos nos mais diferentes tipos de sistemas produtivos no Brasil tem trazidos graves problemas para a saúde pública e ambiental. Quando os agricultores utilizam o sistema de produção familiar, as implicações são ainda mais preocupantes, devido a permanente exposição de mais de um membro da família em todo o processo produtivo, do cultivo a colheita incluindo a armazenagem. A produção do tabaco tem sido amplamente estudada nos mais diferentes campos do conhecimento, desde o melhoramento genético até as questões econômicas que envolvem o processo. No entanto, pouco se avançou no sentido de uma produção mais sustentável em termos sociais, ambientais e de segurança com a saúde do trabalhador. No que corresponde ao campo da saúde, as intoxicações por agrotóxicos são situações emergenciais, que demandam ações de vigilância epidemiológica e sanitária, em seus âmbitos de atuação. Este trabalho tem como objetivo conhecer as ações realizadas pela Vigilância em Saúde do Trabalhador quanto ao uso de agrotóxicos pela população rural produtora de tabaco. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório. A seleção de três municípios foi intencional para analisar os objetivos da Pesquisa. Foram selecionadas três microrregiões com maior expressão na produção de fumo em toneladas e, a partir delas, foram selecionados três municípios, com significativa produtividade em cada região. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores das Secretarias Municipais de Saúde e com gestores/profissionais que atuam na saúde do trabalhador nos Municípios em estudo, no período de 2014. A análise dos dados está em andamento e procede a partir do

referencial categorização temática proposta por Minayo. A categorização foi realizada com a ajuda do software NVivo8. A presente análise insere-se em um estudo maior que possui uma etapa qualitativa e outra quantitativa, intitulado: Impactos do Cultivo do Tabaco na saúde do trabalhador e na qualidade do solo e da água em propriedades dos municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul. A pesquisa é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013. Em relação às considerações éticas, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em março de 2014, sob Parecer nº 555.912. RESULTADOS: As ações realizadas pela Vigilância em Saúde dos Municípios ainda estão concentradas na sensibilização dos profissionais sobre a notificação de casos suspeitos de intoxicação por agrotóxicos. Os principais notificadores nestes casos são os profissionais de saúde dos hospitais e das Unidades Básicas de Saúde, que, segundo os relatos dos entrevistados, a Atenção Básica ainda apresenta grande dificuldade em realizar as notificações. Isto pode estar relacionado com o desconhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas de casos de intoxicação por estas substâncias, ou a dificuldade em diagnosticar um caso de intoxicação com auxílio de exames laboratoriais. Os Municípios em geral, têm impedimentos financeiros para realizar exames de análises clínicas que identifiquem os casos de intoxicação, mesmo aquelas intoxicações que já são descritas na literatura, como é o caso do marcador biológico chamado cotinina, que avalia a exposição à nicotina, presente na folha verde do tabaco. Nos Municípios em que já houve a realização de exames na tentativa de rastrear possíveis casos de intoxicações, estes se deram em função de

pesquisas de cunho científico, realizadas por Universidades ou em parcerias com outras instituições, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). As atividades da Saúde do Trabalhador disputam espaço, recursos e pessoal com outras atividades existentes nos Municípios. No entanto, em determinadas situações, a vigilância do município precisa atuar, como é o caso de ações motivadas pelo CEREST, grandes empresas envolvidas em casos de denúncias ou ainda situações em que há Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) envolvendo a Vigilância em Saúde. Em relação à Vigilância em Saúde do Trabalhador Rural, há o reconhecimento de que ainda não existem ações específicas voltadas a esta população. E, naquelas situações em que são desenvolvidas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, isto está relacionado aos casos de doenças infecciosas, como a leptospirose, situações em que a Vigilância Epidemiológica e a Ambiental atuam juntas. Em um dos Municípios foram desenvolvidas ações com o caráter de “capacitação” para os trabalhadores rurais em um momento no qual se estabeleceu parceria com o Sindicato de Trabalhadores Rurais e a Coordenadoria Regional de Saúde, focando nos acidentes fatais com máquinas agrícolas e outros equipamentos de trabalho utilizados no meio rural. Além disso, foi relatado que os serviços locais de saúde não estariam capacitados para atender os agricultores que estão permanentemente expostos aos agrotóxicos, tampouco para identificar os riscos à saúde humana e ambiental destas substâncias. Isto tem gerado dificuldades na notificação e na avaliação da situação real das intoxicações. Este fato indica falhas no papel do Estado em oferecer apoio institucional para estes municípios, por meio das Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretaria Estadual em Saúde, para que os serviços locais tenham mais condições de atuar no enfrentamento desta problemática.

Para agravar a situação, como apontado pelos entrevistados, as orientações sobre a utilização dos agrotóxicos provêm dos funcionários das empresas que vendem estes produtos num sistema integrado e de uso, na prática, obrigatório. Os órgãos de extensão rural, como no caso da EMATER, são procurados pelos agricultores, de um modo geral, quando o solo já se apresenta esgotado em função de práticas agrônômicas inadequadas, e não oferece mais condições de rendimento. É nestas situações, que os técnicos tomam ciência, inclusive, dos problemas de saúde das famílias. Outra questão que emergiu nas entrevistas foi as dificuldades que a Vigilância em Saúde enfrenta para chegar até os trabalhadores rurais, em virtude da distância geográfica. Isto explicaria a falta de ações voltadas à educação em saúde e prevenção das intoxicações por agrotóxicos para esta população vulnerável. A justificativa seria de que os trabalhadores rurais não aderem a estas atividades, em função da rotina de trabalho e das distâncias a serem percorridas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador carecem de regulamentação e qualificação técnica de todos os profissionais envolvidos neste campo. As atividades de produção do tabaco, em especial, necessitam de políticas públicas de proteção, tendo em vista que este processo produtivo é permeado pelos mais diferentes interesses que geram um ciclo de pobreza e dependência, inerentes a esta forma de exploração econômica.

ABANDONO DO TRATAMENTO POR USUÁRIOS DO CAPS II EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS GERAIS

Aline Gonçalves Ferreira, Jennyfe Sabrina Batista de Freitas, Roberto Carlos Pires Júnior, Ângela Ernestina Cardoso de Brito

Palavras-chave: Saúde Mental, Psiquiatria Comunitária, Transtornos Mentais

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho se constitui numa pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, por profissionais inseridos na Residência Multiprofissional em Saúde Mental em um município do norte de Minas Gerais. Desenvolveu-se a partir da constatação da seguinte questão problema: O número considerável de pessoas que abandonam o tratamento no CAPS II. Assim o objetivo desta investigação é identificar os motivos que levam à evasão destes usuários. O CAPS é um serviço voltado à pessoas que apresentam sofrimentos mentais severos e/ou persistentes. Objetiva ser referência nesse tipo de tratamento, direcionar e atuar ativamente nas políticas e programas de saúde mental da região, regulamentar e auxiliar os outros níveis de atenção à saúde e organizar-se intersetorialmente com foco na promoção da vida comunitária, reinserção social e autonomia dos portadores de sofrimento mental (BRASIL, 2004). **DESENVOLVIMENTO:** A pesquisa se deu inicialmente a partir do estudo da bibliografia pertinente ao tema, posteriormente da análise de documentos da instituição. Baseou-se principalmente na observação participante, uma vez que a instituição é campo de atuação dos residentes que desenvolveram a pesquisa. Dessa forma a pesquisa tem cunho quantitativo e qualitativo. Considerou-se apenas usuários inscritos no CAPS II entre março de 2014 e março de 2015, partindo-se da seleção e análise dos prontuários dos usuários que abandonaram o serviço, da análise das atas de reuniões de funcionários e famílias, bem como outros registros da instituição. Foram colhidos dos prontuários os seguintes dados: idade, sexo, território coberto pela Atenção Básica, diagnóstico clínico, projeto de permanência-dia,

frequência de atendimentos dos técnicos de nível superior, contatos realizados com a família e com a rede, encaminhamentos realizados e o provável motivo de abandono do serviço. **RESULTADOS:** Verificou-se que de 150 pacientes admitidos entre março de 2014 a março de 2015, 20 abandonaram o tratamento. A maioria são homens (55%). A faixa-etária está entre 19 e 50 anos. A orientação diagnóstica está pautada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10. Assim as maiores classificações encontradas são: “Esquizofrenia” (20%) e “Transtorno afetivo bipolar” (15%). Outros diagnósticos identificados com menor representação (5% cada) são: transtornos mentais ou de personalidade devido doença, lesão ou disfunção cerebral; episódios depressivos; transtornos ansiosos; e retardo mental. Porém, a maioria dos prontuários analisados não apresenta clareza diagnóstica (35%). O projeto de permanência da maioria dos pacientes é intensivo (40%); 30% possuem projeto não-intensivo, 25% semi-intensivo e, em 5%, não há registros. Constatou-se certa regularidade de atendimentos dos técnicos de nível superior. No entanto, em alguns prontuários havia poucos registros de atendimento. Notou-se a deficiência de registro de contatos com a família e a Rede, onde 55% dos prontuários não possuem registro de encaminhamento. Apenas 30% confirmam encaminhamento à Atenção Básica e 15% para os serviços ambulatoriais. Identificou-se que a causa provável de abandono do tratamento pelos pacientes foi, em sua maioria, a não adesão ao tratamento (35%) e usuários que deixaram o serviço por encontrarem-se estáveis (15%). Porém, chama a atenção que em 50% dos prontuários não há registro documentado do abandono do paciente, motivos ou medidas tomadas pela equipe frente a sua evasão. E sendo assim, pode-

se constatar que existem outras causas de abandono do tratamento que precisam ser investigadas. Análise dos principais fatores de abandono do tratamento no CAPS II. Verificou-se, nessa análise, a utilização somente do modelo de encaminhamento e de referência e contra-referência em todos os níveis de Atenção à Saúde. Não foram encontrados registros acerca de práticas do matriciamento. Dessa forma ressalta-se que a dificuldade de integração entre o CAPS, a Atenção Básica e Hospitalar, bem como com a rede de Assistência Social, prejudica o tratamento contínuo e integral do indivíduo. Pontua-se assim a ausência de ações que incluam práticas intersetoriais, como educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Indica-se então que as práticas tendem a estar bem mais direcionadas à área médica. Neste sentido há a dificuldade de criação de alternativas, que vislumbrem a reinserção social do portador de sofrimento mental. Ressalta-se, também, a pouca variedade de oficinas terapêuticas, pela ausência de recursos materiais e formação da equipe técnica, o que provoca queixas dos usuários na permanência. Nesse ínterim, entende-se que os CAPS devem buscar promover a emancipação desses sujeitos através da oferta de recursos terapêuticos e possibilidades de reinserção social. O que deve ser desenvolvido em parceria com a família a comunidade e os serviços territoriais. Assim, pode-se indicar que ainda há a perpetuação de uma cultura medicalizante, em que a atenção médica, o uso dos medicamentos e a internação hospitalar são centrais em muitos projetos terapêuticos. Observou-se, na análise dos prontuários, pouca precisão dos critérios do projeto de permanência-dia, em desacordo com a proposição da Portaria GM 336/02 (BRASIL, 2004): a) atendimento intensivo para pessoas com grave sofrimento psíquico ou convívio social e familiar; b) atendimento semi-intensivo para pessoas

cujo sofrimento está mais ameno, com vias de socialização e autonomização; e c) atendimento não-intensivo às pessoas que não necessitam de suporte contínuo, podendo conviver em seu território. Através da análise de outros registros da instituição e atendimentos realizados com as famílias, as principais dificuldades que eles apresentam estão ligadas a insuficiência de recursos financeiros o que dificulta a locomoção até o serviço, bem como o desenvolvimento de outros cuidados com o seu familiar com sofrimento mental. Percebe-se também que muitas famílias não têm informações suficientes no que se trata do manejo com a pessoa com sofrimento mental. Por outro lado foi verificada a pouca participação das famílias, nas reuniões, outros eventos direcionados a estas no serviço. Nota-se também que muitas famílias procuram o serviço somente quando o seu familiar com sofrimento mental apresenta piora do quadro, o que impede o acompanhamento sistemático desse sujeito. Desataca-se então a dificuldade de articulação entre familiares e funcionários do serviço. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Assim a partir do que foi desenvolvido nesse estudo, foi possível verificar que os motivos que levam o usuário do serviço a desistir do tratamento são variados, estando associados desde a não aceitação do sofrimento mental, à condição socioeconômica, à relação familiar e comunitária, à deficiência na busca ativa por parte serviço e à falta de estrutura do serviço para atendimento de toda a demanda. Por fim, nota-se que a população não conhece a função do serviço, dessa forma é importante, que se criem estratégias de conscientização da população a esse respeito, que especialmente durante a admissão do paciente que a unidade seja apresentada, bem como seu funcionamento e que os profissionais estejam disponíveis para sanar as dúvidas existentes e incentivar a família e usuários a participarem do

serviço. Com o intuito de melhorá-lo, tornando-o mais acolhedor, buscando alternativas para minimizar os problemas que aqui foram apresentados, reduzindo, assim, a possibilidade de evasão do serviço.

ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE COM MULHERES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

Lays Oliveira Bezerra, Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Veridiana Barreto do Nascimento, Ana Dirce de Jesus Ferreira, Kelly Nataline Santos, Rosiana Paiva Silva, Vanice Cristina Dezinourt, Rair Silvio Alves Saraiva

Palavras-chave: Terceira Idade, Sexualidade, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A sexualidade é descrita como um processo inerente e indissociável a essência humana, que começa ao nascimento e só termina com a morte do indivíduo, desta forma é evidente que não se restringe apenas a prática do ato sexual como é, geralmente, idealizado pelo senso comum, mas a um amplo espectro emocional que envolve afeto, carícias e principalmente o sentimento mútuo, entre outros fatores que se modificam, em consonância com o desenvolvimento do ser humano. Assim não é a idade que determinará a presença ou ausência da sexualidade, mas a vontade do indivíduo de instigá-la. É inevitável que o envelhecimento acarrete uma diversidade de modificações anatômicas, fisiológicas e psicossociais que, por sua vez, não inibem o processo sexual, porém excita nas pessoas a criação de mitos e tabus preconceituosos relacionados à “velhice assexuada”, ou seja, ocorre a desvalorização da sexualidade no tocante a terceira idade, então os senis se desestimulam e até proclamam-se

incapazes de prosseguir sua vida sexual mesmo que o exercício desta maximize o bem-estar, influencie na manutenção da saúde e corrobore para o reconhecimento do ancião enquanto ser ativo e funcional na sociedade. Desta forma o objetivo da pesquisa foi conhecer e analisar a vivência da sexualidade na terceira idade, a partir de idosas vinculadas ao centro de Convivência de Idosos (CCI) no município de Santarém-PA. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de campo com embasamento bibliográfico, de cunho quantitativo executado em um centro de convivência de idosos no município de Santarém, no Estado do Pará, Brasil. O universo amostral foi composto por 25 mulheres compreendendo a faixa etária de 60 a 80 anos, que frequentassem assiduamente a referida instituição, estivessem lúcidas, sem nenhum tipo de alteração psicológica que pudesse comprometer o andamento da pesquisa e todas as participantes deveriam residir em Santarém. Mediante a regularização ética foi aplicado um questionário fechado a fim de obter as informações referentes ao estudo para posterior análise. RESULTADOS: De acordo com a análise dos dados constatou-se que 44% das mulheres encontravam-se na faixa etária entre 66 a 70 anos de idade, 24% entre 60 a 65 anos, 20% dentre 76 a 80 anos e 12% entre 71 a 75 anos, destas 36% permaneciam casadas, 32% viúvas, 18% solteiras e 14% divorciadas, sendo que 81% apresentava renda média de um salário mínimo, 14% dois salários mínimos e 5% outros valores, é válido ressaltar que grande parte delas era católica (96%), enquanto que 4% eram evangélicas, no quesito raça, 65% autodenominavam-se pardas, 23% se classificava branca, 8% da raça negra e 4% de etnia indígena. 88% afirmaram que tinham filhos, enquanto que 12% não tiveram filhos, 35% afirmaram morar com o companheiro, 30% com os filhos, 26% residiam sozinhas e 9% alegaram moram

com os netos, quanto ao tempo de cadastro na instituição já referida 9% estava há dois anos, 8% frequentavam a três, 8% há quatro anos e 75% eram institucionalizados a outro intervalo de tempo. Ao que concerne à sexualidade propriamente dita 33% consideravam como obtenção de prazer, 28% compreendiam como o ato sexual/coito, 17% como ato exclusivo para função reprodutiva, 17% caracterizaram como desejo e 5% referiram como orgasmo. Das 25 mulheres 79% responderam não apresentar nenhuma dificuldade ou constrangimento em discutir ou dialogar sobre sexualidade, então, foram questionadas se consideravam sexualmente ativas, onde 70% replicaram sim e 30% classificaram-se como inativas. Quanto aos obstáculos vivenciados durante o ato sexual 69% delas arguíram não ter nenhum, 8% asseguraram sentir desconforto, 4% relataram dispaúrenia, 4% vergonha e 15% afirmaram ter outras sensações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A expressão da sexualidade na terceira idade, assim como no adulto jovem é considerado necessidade fisiológica e reflete na qualidade de vida, no entanto este processo pode estar prejudicado de acordo com significações culturais norteados por mitos e arguições preconceituosas, destarte a sexualidade na terceira idade pode e deve ocorrer de maneira satisfatória caso busquem redescobrir e acarretar um novo significado a este processo que, sem dúvida será diferente daquele vivenciado na juventude, porém ainda terá caráter prazeroso e benéfico. Constatou-se que a maioria das pesquisadas compactuavam com uma vida sexual ainda ativa e positiva, porém uma parcela menor ainda tratava a sexualidade como alheio a seu cotidiano ou apresentavam problemas no ato sexual, este feito pode estar relacionado, possivelmente, a forma como a pessoa vivenciou a sua sexualidade, como adquiriu conhecimentos a respeito ou como foi construída sua identidade sexual, cultural

e social. Neste contexto, ressalta-se a premissa do aconselhamento a estas mulheres com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde e até mesmo daquelas que já desempenham os atos sexuais de forma oportuna, a fim de minimizar as doenças de modo transmissível. Outra estratégia de suporte, com suma importância seria a inserção continuada da educação e incentivo a sexualidade, realizado pelos próprios funcionários do centro de convivência do idoso, pois de acordo como os dados da presente pesquisa, grande percentagem participa frequentemente do CCI a tempo significativo, viabilizando as ações em longo prazo, ratificando que é objetivo destas instituições promoverem a inserção e a valorização do idoso na sociedade, bem como auxiliá-lo a gozar de seus direitos, dentre eles a saúde biopsicossocial. No âmbito da sexualidade surge então a percepção e atitudes dos cuidadores face às mais complexas situações encontradas quando do apoio prestado, que nem sempre são as mais positivas para a qualidade de vida dos idosos, e que, carecem ser compreendidas e analisadas. Fazendo-se necessário que a equipe multidisciplinar que presta cuidados aos idosos atenda-os de forma mais ampla atentando-se para as necessidades, sejam elas físicas, psicológicas, emocionais ou sociais e assim desenvolver uma assistência com olhar holístico e sem preconceito. Portanto, a enfermagem deve desempenhar de forma parcial este encargo através de palestras, rodas de conversas, discussões em grupo, entre outras metodologias ativas, uma vez que esta diametralmente ligada à cliente seja na atenção básica ou hospitalar e está apto a orientá-la, assim como promover pesquisas em relação ao tema supracitado em ação conjunta as demais áreas de conhecimento, considerando a relevância e importância no contexto social.

ACÇÕES DA ENFERMAGEM VOLTADAS AO IDOSO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Felix Kaique Bernardo Borges, Renata Pereira Gonçalves, Kamyra Samara Gomes Melo, Marcos Carvalho Gonçalves, Rosana Alves de Melo, Fátima Emília Cavalcante Valença Fernandes

Palavras-chave: Idoso, Envelhecimento, Cuidados de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: Cuidar é uma atitude que envolve autocuidado, autoestima e autovalorização. Geralmente, o cuidado do idoso é realizado de maneira informal, que inclui família, amigos, vizinhos, membros da comunidade e, muitas vezes, é prestado voluntariamente e sem remuneração (SILVA; SANTOS, 2010). A família é a principal opção como alternativa nesse sistema de suporte informal, pois o cuidar é uma atividade que vai muito além do atendimento às necessidades básicas de cada ser humano, no momento de fragilidade (LENARDT et al. 2006, apud SILVA; SANTOS, 2010). Contudo, o maior problema é que as famílias não possuem nenhum tipo de sistema de apoio do Estado, pois o sistema de saúde não está preparado para atender às demandas dessas pessoas idosas nem de seus familiares cuidadores. A origem das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Isso mostra que a carência financeira e a falta de moradia estejam entre os maiores motivos para a busca, bem como o fato de a maioria das instituições brasileiras serem filantrópicas (65,2%) (CAMARANO; KANSO, 2010). O despreparo dos profissionais de enfermagem que cuidam dos idosos institucionalizados é visível, pois não basta ter dedicação extrema ao idoso e conhecimento técnico das

suas necessidades básicas. O profissional precisa buscar fontes diferenciadas de conhecimento. Um enfoque necessário e fundamental para o cuidado é o respeito pelos significados do idoso diante do cuidado que ele tem consigo (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012). Tendo em vista, atualmente, um alto número de institucionalização de idosos, e a necessidade dos cuidados de enfermagem, esse artigo tem por objetivo compreender os cuidados da enfermagem em instituições de longa permanência para idosos. METODOLOGIA: Revisão de literatura, através de das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Os descritores (DeCS) utilizados foram: Idoso; Envelhecimento; Cuidados de Enfermagem; Instituição de longa permanência para idosos. A coleta de dados foi realizada através de busca online de artigos que respondessem a seguinte questão de pesquisa: Como a equipe de enfermagem efetua o cuidado aos idosos em ILPI? RESULTADOS: As ações educativas em saúde precisam estar voltadas para a promoção da saúde do idoso e, assim, para a melhora da autoestima e autoimagem desse idoso, a fim de manter o seu equilíbrio sócio e psicoemocional (SILVA; SANTOS, 2010). Com isso, faz-se perceber o idoso como sujeito ativo, capaz de promover mudanças e aumentar a autoconfiança, além de compartilhar saberes e, ao fazer isso, promover ações de educação em saúde junto aos outros idosos da instituição. Na aplicação dessas metodologias ativas é indispensável o olhar holístico do enfermeiro sobre o contexto em que estão as pessoas que ele está cuidando, assim, o mesmo poderá buscar ações inovadoras, que atendam os idosos de forma integral, e, ao mesmo tempo possibilitem a construção compartilhada de conhecimento e a busca pela saúde (PATROCINIO; PEREIRA 2013, apud MALLMANN et al., 2015). Porém, para

que a promoção e a educação em saúde sejam realizadas de forma efetiva, deve-se trabalhar em conjunto com os idosos e não depositar neles a responsabilidade pela aquisição de hábitos saudáveis, pois necessita-se da integração dos aspectos físico, emocional e social, para que haja a promoção do envelhecimento ativo (FERNANDES; SIQUEIRA 2010, apud MALLMANN et al., 2015). A internação do idoso em uma ILPI é a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do convívio familiar, aonde a instituição assumiria a responsabilidade de cuidar, oferecendo apoio integral às necessidades, como objetivo de propiciar melhor qualidade de vida (PASKULIN; VIANNA; VITORINO, 2012). Contudo, a literatura apresenta poucos estudos relacionados à qualidade de vida em ILPI. A realização de atividades físicas, lazer, culturais e de trabalhos em grupos contribuem satisfatoriamente para o equilíbrio biopsicossocial do idoso, assim, promovendo melhor qualidade de vida, que é de extrema importância nesse processo de adaptação ao novo lar (VALADARES et al., 2011 apud PASKULIN; VIANNA; VITORINO, 2012). Os profissionais das instituições, principalmente os enfermeiros, possuem papel fundamental para tornar esse ambiente mais humanizado, saudável e ao mesmo tempo dando oportunidades aos idosos para perceberem sua importante participação na sociedade (TAHAN; CARVALHO et al., 2012 apud PASKULIN; VIANNA; VITORINO, 2012). A inatividade gera complicações importantes na capacidade funcional e nos aspectos físicos, favorecendo a limitações e desconforto na execução de algumas atividades básicas na vida diária. Os aspectos psicológicos e sua saúde mental, também sofrem os impactos do internamento aonde pode levar a ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar

psicológico. Contudo, esses resultados permitem concluir que a qualidade de vida em idosos institucionalizados tende a ser ruim (SILVA; SANTOS, 2010) por falta de uma gestão e uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, médico e cuidadores em geral) especializada em cuidados aos idosos institucionalizados. A enfermagem reconhece que o idoso, quando institucionalizado, necessita de atenção e cuidados específicos de forma a colaborar ao máximo na resolutividade dos problemas apresentados, incluindo as limitações próprias relacionadas ao envelhecimento. Porém, alguns enfermeiros relatam que tem receio de alcançar essa fase, pois é perceptível o tratamento oferecido aos idosos, onde não procuram saber quem foi essa pessoa e já o julgam dizendo que ele é chato, ou que não aguenta mais esses velhos (MALLMANN et al., 2015). Os idosos apresentavam uma visão de que a equipe de enfermagem, durante a execução dos procedimentos, demonstra sinceridade e honestidade. Isso vai de encontro ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que exige, dentre outras responsabilidades e deveres, que os profissionais exerçam suas atividades com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade, independentemente do local de trabalho. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados permitiram a compreensão dos cuidados da enfermagem em ILPI, onde foram evidenciados sinceridade, honestidade e a falta de delicadeza, por parte da enfermagem, durante a execução dos cuidados. A enfermagem também referências dificuldades relevantes no ato de cuidar dos idosos pela falta de qualificação específica e a falta de paciência dos profissionais.

AÇÕES DA REDE CEGONHA NO BRASIL: UMA REVISÃO

André Bubna Hirayama, Alline Karolyne Cândida da Silva, Bruno de Jesus Silva Oliveira, Jaqueline Francisca de Jesus Oliveira, Heloísa Silva Guerra, André de Castro Rocha

APRESENTAÇÃO: A Rede Cegonha (RC), lançada em 2011 pelo Governo Federal, é uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no Brasil. Através desse programa, a mulher tem assegurado, por meio de rede de cuidados, direito de planejar a reprodução, de receber atenção humanizada em gravidez, parto e puerpério, além da criança ter o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). O objetivo é analisar ações de saúde materna e infantil implementadas no Brasil após publicação da Portaria 1.459 de 2011, que institui a RC. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo descritivo de revisão da literatura especializada, por meio de busca online das publicações sobre o tema e utilização de dados secundários do Ministério da Saúde (MS), sobre os indicadores e metas (OM - Objetivos do Milênio e Rede Cegonha), através dos instrumentos de monitoramento e avaliação do MS (SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade e SINASC - Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos). A busca foi realizada entre abril e julho de 2015, nas bases Medline, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e Periódicos Capes e em documentos oficiais produzidos pelo MS, utilizando os seguintes descritores: Rede Cegonha, Sistema Único de Saúde, Programas governamentais, Saúde materno-infantil e Avaliação em saúde. Para serem incluídas no estudo, as publicações deveriam atender aos critérios de terem sido publicadas em português, no

período compreendido entre 2011 e 2015, possuir texto completo disponível on-line e tratar de temática de interesse para atingir o objetivo do estudo. Foram encontrados 8 artigos e 10 documentos do MS relacionados ao tema. Obtiveram-se os textos completos dos artigos que atendiam aos critérios de inclusão, os quais foram lidos e analisados. Os resultados são apresentados de forma descritiva. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Na revisão, foram encontradas ações implementadas pela Rede Cegonha, que tem como bases organizacionais regionalização e integralidade. Uma das ações implantadas em todas as Unidades Básicas de Saúde é o Teste Rápido de Gravidez, criado para detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de Atenção Básica e orientações baseadas nas necessidades de cada usuária (BRASIL, 2013). Em 2014, foi produzida a nova Caderneta da Gestante, otimizando o pré-natal e trabalho voltado para a grávida, pois procedimentos e condutas clínicas do pré-natal precisam ser realizados categoricamente, avaliados em todo atendimento e, junto com achados diagnósticos, devem ser sempre registrados para prover fluxo de informações (BRASIL, 2014). Essa caderneta é direcionada a profissionais e usuárias do SUS e contém diretrizes com base em evidências científicas; está incluso cartão de acompanhamento do pré-natal para registro de consultas, resultados de exames e das vacinas (BRASIL, 2014). A RC ampliou o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) em extensão territorial, porque se busca trabalhar num objetivo de produzir redes de atenção materno-infantil; assim, a RC agrega acolhimento em rede, intervenção pelos direitos reprodutivos e sexuais e inserção de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante e Bebê (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014). Segundo Giovanni (2013), a RC propôs elaboração e

validação de diretrizes clínicas, estruturadas em linhas guia e protocolos clínicos, estimulando mudanças comportamentais dos profissionais por educação permanente e avaliação da condição de saúde segundo estratos de risco. Para Ceccim e Cavalcanti (2011), ela auxilia no enfrentamento a problemas de leitos, precária assistência hospitalar, altos índices de mortalidade materno-infantil e cesáreas; sendo que a maternidade deixa de ser estatística para se tornar direito; e a proposta universalizante reconhece a pluralidade entre as mulheres. Busca-se oferecer cuidados à saúde de mulheres, independente de raça, etnia, classe social, orientação religiosa, orientação sexual, estilo de vida e crenças (CARNEIRO, 2013). Outra ação relevante é a ruptura de uma moral preconceituosa que envolve a gravidez, para que a grávida não tenha que sujeitar seu corpo a fazeres e saberes biomédicos, respeitando sempre a autonomia (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014; RATTNER, 2014). Tentam-se desnaturalizar concepções, hierarquizações de gênero e raça/cor que acompanham a atenção materna e preparar profissionais para atenderem humanamente mulheres em situações de abortamento, gestantes adolescentes e para a não violência institucional contra mulheres grávidas (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014). A RC pauta-se num modelo que busca resgatar que gravidez não é uma doença, mas função fisiológica que constitui experiência única para mulher e sua família (GIOVANNI, 2013). A RC inclui avanços na gestão do cuidado, assimilando a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004). A proposta oferece rede de atenção à saúde perinatal de forma regionalizada e hierarquizada, com oferta de vaga no sistema de saúde a partir do início do pré-natal (BRASIL, 2011). Almeja-se reduzir a alta prevalência da medicalização do nascimento e do uso de tecnologias sem

evidências científicas, incluindo a gestante como personagem principal do processo de gestação e parto (CAVALCANTI et al., 2013; BRASIL et al., 2013). A inserção desse programa na Atenção Básica fortaleceu o vínculo com usuárias e melhorou o pré-natal, com foco na realização da educação em saúde da gestante (BRASIL et al., 2013). A redução da mortalidade infantil no Brasil alcançou, em 2012, 3 anos antes da data estipulada, os índices de redução definidos nos ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2013). Segundo o Ministério da Saúde, nos últimos três anos, a queda da taxa de mortalidade na infância foi de 9% (BRASIL, 2013). Observou-se também necessidade da participação ativa da Vigilância Sanitária na implantação da RC, pois suas funções de prevenção de riscos, promoção da saúde e avaliação da qualidade são importantes (FERNANDES; VILELA, 2014). Um estudo no Espírito Santo, através da observação do cartão da gestante e do prontuário do recém-nascido, demonstrou que a assistência pré-natal era inadequada, principalmente para gestantes de menor renda vindas da zona rural (MARTINELLI et al., 2014). No SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), analisando a mortalidade materna entre 2011, ano de implantação da RC, e 2014, último ano com dados completos, percebe-se que algumas taxas permaneceram constantes, provavelmente pela prematuridade do programa. Nas mortes causadas por hipertensão e por hemorragia, nota-se diminuição dos números, com exceção de 2013. Mortes por infecção puerperal e aborto tiveram diminuições consideráveis. Mortes por doenças do aparelho circulatório tiveram aumento, principalmente na região Nordeste. No Brasil, mortes relacionadas à AIDS tiveram queda considerável (de 44, em 2011, para 30, em 2014). Ao consultar o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), verificou-se uma taxa de

58 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 2013; e de acordo com o quinto objetivo, componente dos ODM, propõe-se reduzir a mortalidade materna para 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos em 2015. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As práticas instituídas com RC são importantes para reduzir mortalidade materna e infantil por estruturarem as rede de cuidados integrais. No quadro atual de atenção obstétrica, com elevadas taxas de cesariana e práticas inadequadas na assistência ao parto normal, é imprescindível que a gestante seja informada sobre seus direitos, o que possibilita o fortalecimento da sua autonomia e protagonismo. A RC mostrou avanço na proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, em termos da gestão do cuidado e do sistema, mas, por envolver políticas de educação em saúde, seus efeitos serão mais tocantes apenas em longo prazo.

AÇÕES EDUCATIVAS DE ORIENTAÇÃO A CERCA DO AMBIENTE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA OS PROFISSIONAIS E ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

Graciele Torezan, Vania Dezoti Micheletti, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: educação, enfermagem, centro cirúrgico

Apresentação: A hospitalização é considerada um processo difícil na vida de qualquer ser humano. Ao abordarmos este acontecimento na vida de uma criança, inúmeros fatores estão envolvidos, dentre eles, o sentimento provocado pelo desconhecido. (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010). Somado a esta experiência temos a alteração da dinâmica familiar, pois a presença de um responsável nesse processo

faz-se necessária, uma vez que a criança é dependente de cuidado. Nesse contexto, a inserção da família no plano hospitalar, trouxe a toda equipe assistencial uma nova forma de prestar o cuidado. O que antes era focado no atendimento exclusivo à doença, passa a ser ressignificado. Com isso, ao tratarmos de crianças os acompanhantes precisam compreender informações importantes de todo processo que envolve a hospitalização, não basta ser submetido à normas e rotinas da instituição. (SABATÉS; BORBA, 2005). A experiência diária neste cenário é de crianças e seus respectivos acompanhantes, ambos aflitos no aguardo do procedimento cirúrgico ao qual a criança será submetida. Desprovidos de qualquer amparo, suscetíveis a inúmeros sentimentos negativos que poderiam ser supridos com a implantação de ações educativas voltadas à orientações sobre o procedimento e o ambiente cirúrgico. Objetivos: Elaboração de ações educativas de orientação referentes ao ambiente e procedimento cirúrgico para a equipe de atendimento dos acompanhantes que terão crianças submetidas à intervenções cirúrgicas na unidade do Centro Cirúrgico (CC) de um hospital privado da cidade de Caxias do Sul, no estado do Rio Grande do Sul; identificar as necessidades dos acompanhantes sobre o ambiente e procedimentos cirúrgicos; elaborar uma cartilha educativa ilustrada de orientações referentes ao ambiente e procedimento cirúrgico, para acompanhantes; realizar ação educativa com os profissionais envolvidos com o acolhimento dos pacientes no CC. Método: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. (POLIT; BECKER, 2011). O campo escolhido para desenvolver este estudo é a unidade do CC. Esse hospital possui 167 leitos de internação. As questões da entrevista estarão voltadas às aflições e conhecimentos dos acompanhantes

acerca do ambiente cirúrgico e do procedimento cirúrgico ao qual a criança será submetida. Também será realizada uma ação educativa com os profissionais envolvidos no acolhimento dos pacientes voltada para a adequada orientação aos acompanhantes sobre o ambiente e todo o processo cirúrgico. Com vistas a atender as demandas que irão surgir nas entrevistas, partimos para a construção de uma cartilha educativa ilustrada com orientações acerca do ambiente e procedimento cirúrgico. Essa cartilha será entregue aos acompanhantes no momento em que os mesmos irão assinar a autorização para realização da intervenção cirúrgica. Resultado: A pesquisa está em fase inicial, sendo assim, ainda não apresenta resultados finais. Considerações finais: Esta pesquisa trará o benefício de gerar ações as quais poderão ser utilizadas como ferramentas do fluxo de trabalho que englobem a produção de saúde vinculada à avaliação e à consolidação do processo de trabalho do hospital, produzindo, desta forma, um cuidado diferenciado aos pacientes.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Larissa Rachel Palhares Coutinho, Laís Queiroz Moraes, Albert Schiaveto de Souza, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção à saúde, Atenção Primária à Saúde, Atendimento de Urgência, Educação Permanente

INTRODUÇÃO: O acolhimento é uma importante ferramenta do modelo assistencial proposto pelo SUS, e um dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. Tem a capacidade de promover um impacto

nos processos de trabalho das equipes de atenção primária, pois é possível a reorganização do fluxo de entrada ao serviço, de forma a estreitar o vínculo entre profissional e usuário por meio da escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Uma das suas vertentes é o acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar uma assistência com responsabilidade e vínculo, ampliando o acesso do usuário, por meio do acolhimento resolutivo, baseado em critérios de risco. Trata-se de um processo dinâmico onde o usuário é avaliado conforme protocolos definidos. Para isso é fundamental que as equipes estejam instrumentalizadas e qualificadas para identificação de risco/vulnerabilidade do usuário, bem como possuir condições para o atendimento de urgência e emergências nas unidades de atenção básica. No Brasil, na perspectiva da avaliação da qualidade da atenção prestada, o Ministério da Saúde vem propondo diversas iniciativas com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e resultados mensuráveis a fim de induzir e garantir acesso e qualidade da atenção. Diante disso, o governo federal instituiu em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB tem o objetivo de qualificar toda a atenção básica do País, a partir de um processo pactuado de forma tripartite, que permite a adesão das equipes de Saúde da Família, de forma a induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. No instrumento de coleta de dados empregado na fase da avaliação externa do PMAQ houve um módulo destinado a investigar junto aos profissionais como se dá o acolhimento nas equipes. Desta forma o objetivo deste estudo é caracterizar a prática do acolhimento com classificação de risco, atendimento de urgência e emergência e capacitação dos profissionais

que atuam na Atenção Primária à Saúde que participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB/2012. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal descritivo analítico que foi realizado a partir da análise dos dados secundários provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ, coordenado pelo Ministério da Saúde e com a participação de Instituições de Ensino Superior e Pesquisa do país. A amostra foi composta por 13.769 equipes que responderam ao Módulo II do instrumento de Avaliação Externa, que era destinado aos profissionais, no bloco referente ao acolhimento à demanda espontânea. Estão apresentados os itens referentes ao atendimento de urgência e emergência na unidade, prática do acolhimento com classificação de risco, capacitação dos profissionais para realização do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, capacidade de resposta frente ao risco identificado. Este estudo são os resultados parciais da pesquisa intitulada Caracterização do Acolhimento pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. RESULTADOS: Do total de equipes avaliadas (n=13.769), 72,8% referiram que são realizados atendimento de urgência e emergência nas unidades, sendo no Sudeste a região onde foram apontados os maiores percentuais (81,6%) e o Norte os menores índices (60,1%). 87,7% das equipes realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento aos usuários, e não houve disparidades nos resultados entre as regiões do país. Houve certa constância entre os resultados, onde na região Sul e Sudeste a avaliação de risco é realizada em 89,3% e 88,1%, respectivamente, no Nordeste (87,3%), Centro-Oeste (85,8%), e o menor resultado foi encontrado na região Norte (82,2%). Quanto à capacidade das unidades em definir resposta frente ao risco identificado, 53,9% das equipes referiram possuir condições em oferecer respostas. A região com maior capacidade de resposta

foi o Sudeste (62,1%), e o menor percentual foi encontrado na região Centro-Oeste (45,3%). Das equipes avaliadas, 57,8% tiveram capacitação para avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários. Maior índice de capacitação foi encontrado na região Sudeste (66,8%), seguidos das regiões Norte (55,3%), Sul (52,7%), Centro-Oeste (49,7%) e Nordeste (49,1%). CONCLUSÕES: Dentre os itens avaliados, foi observado que o atendimento de urgência e emergência nas unidades de saúde ocorre ainda de forma restrita, com alto índice de unidades que não realizam atendimento de urgência e, ainda, o baixo percentual de equipes que obtiveram capacitação para realizar a classificação de risco e vulnerabilidade e a baixa capacidade em oferecer resposta frente ao risco identificado, embora seja uma prerrogativa dos serviços de AB o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade. Estes foram os piores resultados encontrados a respeito do acolhimento à demanda espontânea. Os resultados das equipes avaliadas mostram que esta atividade é realizada no cotidiano da maioria das equipes, entretanto, um percentual bem menor, com relação aos profissionais que referiram realizar atendimento de urgência na unidade, informaram ter recebido qualificação para a realização da classificação de risco, bem como para definir respostas. Tais resultados são preocupantes, pois mostram que as equipes relatam a realização dessa ação, mas sem qualificação e meios, os objetivos não são alcançados. O que se nota é que há necessidade de aumentar a resolutividade dos serviços de APS no manejo dos casos de urgências, dado que a falta de atendimento pode repercutir negativamente sobre os demais níveis de atenção. Pode-se atribuir então que, apesar do percentual insatisfatório de equipes que tiveram capacitação para avaliação de risco e vulnerabilidade, em relação às outras questões, as regiões onde

os índices foram maiores de capacitação apresentam melhores percentuais de atendimento de urgência. Os resultados apresentados confirmam esta lacuna sobre capacitação dos profissionais para executar o acolhimento com classificação de risco, contudo, se faz necessária investigação mais aprofundada sobre a qualidade e efetividade das capacitações a qual estes profissionais receberam e se estes estão de fato preparados para executar esta ação. Diante disso, os resultados demonstraram que as equipes de APS não estão preparadas para realizar o acolhimento com classificação de risco dos usuários dos serviços de saúde no Brasil, seja por ineficiência em oferecer resposta frente ao risco identificado dos usuários, seja pela falta de capacitação dos profissionais em executarem a avaliação de vulnerabilidade.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Mayara Bontempo Ferraz, Ramon Moraes Penha, Maria de Fátima Meinberg Cheade

INTRODUÇÃO: O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como estratégia de organização dos fluxos de atendimento vem sendo amplamente disseminada no cenário da urgência e emergência no Brasil, demonstrando resultados positivos tanto na melhora da assistência prestada, relacionamento entre as equipes, quanto na proteção e garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém desde a sua implantação diversos desafios permeiam a sua execução, o que torna essencial identificá-los para reflexões acerca de suas potencialidades e fragilidades. **OBJETIVOS:** Realizar revisão bibliográfica sobre o ACCR. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva. Foram consultadas as bases de dados Científicas

Eletronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), realizada no período de Maio a Julho de 2015. **RESULTADOS:** Após a busca e seleção das publicações que atendiam ao objetivo proposto, foram realizadas leituras sistematizadas a fim de extrair os temas descritos no trabalho, que puderam ser apresentados em três núcleos distintos. **DISCUSSÃO:** 1) Aspectos Históricos da Classificação de Risco no Mundo: Os métodos de priorização de risco nas unidades críticas não são recentes. O termo triar vem do francês trier, tipar (escolher). A triagem existe desde a época das guerras napoleônicas, onde o exército francês fez o uso da mesma para separar os feridos que necessitavam de atendimento prioritário. Sir D'Arcy Power, um cirurgião londrino, em 1898 descreveu um hospital em Londres onde os pacientes tinham que se aglomerar nas escadas antes do início dos atendimentos e por ordem de chegada eram atendidos e questionados sobre sua queixa pela enfermeira para o devido encaminhamento. Nos Estados Unidos da América (EUA), no final da década de 50, aconteceu uma mudança na prática médica. Os médicos particulares e de família se tornaram raros e as consultas agendadas e em Prontos Socorros (PS) se tornaram a principal forma de procura pelo atendimento de saúde da população. Assim os PS tiveram um aumento de sua demanda reconhecendo a necessidade de utilizar um método de classificar os pacientes e identificar os que apresentavam necessidade imediata de cuidado. Desde então os modelos de triagem existentes apresentam grande variação, utilizando de dois a cinco níveis de gravidade, sendo que os de cinco níveis são os mais aceitos na atualidade, sendo eles Modelo Australiano; Modelo Canadense; Modelo de Manchester; Modelo Americano e Modelo de Andorra. 2) Aspectos Históricos da Classificação de Risco no Brasil: O ACCR no Brasil teve

início em 1993 com discussões entre Adail Rollo (Diretor técnico administrativo do Hospital Municipal de Paulínia), Flávio de Sá (docente na UNICAMP), que havia chegado recentemente do Canadá, juntamente com o gerente do Pronto Socorro Paulo Bonilha. Juntos decidiram implementar o Protocolo Canadense adaptado a realidade local brasileira. A Classificação de risco era realizada por auxiliares de enfermagem com local exclusivo para este fim. Também foi escrito um documento com esta sistemática que serviu de base para a implantação do processo no Hospital Municipal Mário Gatti em 2001 e dessa forma vários hospitais utilizaram das experiências anteriores para implantar a classificação de risco. O Ministério da Saúde (MS) em 2001 lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que convocava profissionais de saúde para trabalharem em busca de melhorias na qualidade da assistência. Esta política subsidiou a construção e lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, onde o ACCR é descrito em uma de suas diretrizes. Em novembro de 2002 com a Portaria Nº 2048 foi instituído o acolhimento dos pacientes seguido da triagem classificatória por risco, realizada por um profissional de nível superior, com treinamento e protocolo específico. Ainda em 2002, ao assumir o cargo de secretário executivo do MS, Gastão Wagner e outros colaboradores realizaram um redimensionamento metodológico do PNHAH e juntamente com as experiências vivenciadas pelos hospitais que já haviam iniciado a Classificação de risco, construíram-se propostas para a PNH, que agora tornava-se uma política. Em 2003, a PNH foi lançada e trás entre uma de suas diretrizes específicas por níveis de atenção - Atenção Hospitalar, o acolhimento que trata das demandas por meio de critérios de classificação de risco, garantindo o

acesso referenciado ao demais de nível de assistência, conhecida como ACCR. Nos anos subsequentes, outros hospitais em Minas Gerais, Florianópolis, Porto Alegre, Cuiabá, Rio de Janeiro, Fortaleza, João Pessoa entre outros, conheceram o ACCR como ferramenta reorganizadora dos serviços de emergências e a partir de 2007 o ACCR se espalhou pelo país organizando as portas de entrada de Urgências e Emergências e incentivando a formação de Redes de Atenção a Saúde (RAS), demonstrando ser uma importante ferramenta para a humanização da atenção e da gestão do SUS. Em Julho de 2011 ocorreu a reformulação da PNAU pela Portaria nº 1.600 que ampliou e contemplou o ACCR como base do processo de qualidade e resolutividade dos fluxos assistenciais da RAU. O ACCR nos serviços de urgências em 2012 se tornou uma atividade privativa do enfermeiro, desde que capacitado para esta atividade, através da Resolução n.426. Em 2014 através da Resolução n.2077, tornou-se obrigatório nos serviços de urgência e emergência em todo Brasil. 3) Acolhimento com Classificação de Risco: Nas últimas décadas, os serviços de urgência e emergência têm sido utilizados como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, tendo como consequência uma sobrelotação destes serviços. Este fato tem ocorrido pela mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, ineficácia do sistema de saúde, grande fluxo de pacientes, falta de preparo das equipes para receber tal contingente e dificuldade de acesso aos recursos do SUS. Visto essa situação o governo Federal vem desenvolvendo ações, na tentativa de aperfeiçoar o atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção, sendo uma delas o ACCR. A triagem estruturada ou ACCR é apontada como um dispositivo interessante, uma vez que permite um atendimento prioritário aos pacientes mais graves. O ACCR é uma diretriz

e ferramenta de mudança nos processos de trabalho em serviços hospitalares de urgência e emergência. Sendo assim, podemos caracterizar o acolhimento pela escuta qualificada e a responsabilidade do profissional e serviço em responder as necessidades do usuário de acordo com suas capacidades, com enfoque na qualidade da assistência e à responsabilização quanto acontrarreferência. Já a classificação de risco é compreendida por agilidade de atendimento através da aplicação de um protocolo que determina o grau de risco do usuário, conforme as necessidades e não de acordo com a ordem de chegada. Dessa forma o MS vem trabalhando a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência de forma que organize o serviço, no entanto entende que apenas o ACCR não garante a melhora dos serviços. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais da saúde possuem uma visão limitada acerca da PNH e entendem o ACCR apenas como uma ferramenta de priorização do atendimento não vinculada ao acolhimento. Dessa forma, o enfermeiro deve utilizar do seu conhecimento e papel na prática da educação permanente para realizar capacitações, criar estratégias e adequar o uso do ACCR de acordo com a realidade e rotina do seu serviço, com o intuito de fortalecer o ACCR como uma ferramenta de essencial importância para o julgamento clínico dos pacientes, fornecendo um atendimento adequado de acordo com a gravidade estabelecida.

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ESCOPO PARA ELABORAÇÃO DE INDICADORES OU INDICATIVOS

Luciane Aparecida Pereira de Lima, Romeu Gomes

Palavras-chave: acolhimento, atenção básica, atenção primária, humanização da assistência

APRESENTAÇÃO: As pessoas estão cada vez mais impacientes perante a incapacidade dos serviços de saúde em prestar serviços nos moldes que correspondam às suas expectativas. Em 37 anos da Declaração de Alma Ata e 27 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios frente à consolidação do direito universal à saúde são ainda maiores. No Brasil entre onze anos, os temas acesso, humanização, acolhimento e qualidade permanecem presentes nas reivindicações do controle social. O tema acolhimento tem estado presente em várias políticas públicas, no SUS é potencializada pela Política Nacional de Humanização (PNH) inserido como diretriz e dispositiva de mudança no modo de fazer atenção e gestão em saúde. Os problemas dos sistemas de atenção à saúde contemporânea, já analisada no plano macro, manifestam-se no plano micro. A solução para essa crise está em acelerar as reformas profundas que implantem as redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde. No contexto micro, o acolhimento deve provocar mudanças na gestão e na atenção à saúde, como parte das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho, no encontro de sujeitos que têm juntado protagonismos na produção da saúde, que podem desencadear mudanças nas expectativas das pessoas frente aos sistemas de saúde. O acolhimento vem se apresentando como um conceito polissêmico e complexo em sua operacionalização. Dessa forma, conhecer as produções na literatura do conceito de acolhimento na atenção básica possibilita a compreensão dos significados e interpretações atuais, dentro da análise temática pode subsidiar novas práticas, arranjos e tecnologias em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, realizado com base na abordagem de qualitativa, através da análise de conteúdo temática do acolhimento na atenção básica,

nos artigos disponíveis na base de dados da Bireme. O acesso aos artigos foi entre 04 e 24 de dezembro de 2013. Os critérios de inclusão relacionam-se a esse período e que possuíam como Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) as expressões: acolhimento and atenção básica nas palavras-chaves e/ou no título, com texto completo disponível on-line, sem delimitação de idioma e disponíveis on-line na íntegra. Dentre os 207 artigos disponibilizados publicados, foram selecionados 35 para o estudo, sendo eliminados os artigos repetidos ou cujo conteúdo não explicitava o conceito de acolhimento. A análise dos artigos, de caráter qualitativo, baseou-se na Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática, apoiada no referencial de Gomes, destacando a presença do conceito de acolhimento nos artigos. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O país de estudo e publicação foi 100% o Brasil. O desenho metodológico dos estudos foi 100% qualitativos demonstrando subjetividade do processo de acolhimento na atenção básica. A publicação dos artigos selecionados concentrou-se na sua maioria em 2010, com aumento crescente desde 2004. Podemos relacionar com o movimento realizado no ano de 2000 com 11^ª Conferência Nacional de Saúde que tinha como tema central “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e com o lançamento da PNH em 2003. Nesse período entre 2004 até 2010, em 6 anos tivemos um total de 23 artigos, sendo dez deles publicados em 2010. Em 2011, aconteceu a 14^ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: “Acesso e Acolhimento com Qualidade um desafio para o SUS”, no qual tivemos um número proporcional elevado de artigos publicados entre 2011 e 2013, no total de 12

artigos. Neste estudo, os artigos publicados concentram-se na área de saúde pública no total de 24 correspondendo a 68%, dez eram da área de enfermagem com 29% e um artigo na área de medicina representando 3% do total de publicação. Identificamos as ideias centrais do conceito de acolhimento de cada artigo, analisamos os diferentes núcleos de sentido e descobrimos os eixos temáticos que em torno dos quais giravam cada artigo. Foram classificados oito núcleos de sentido, sendo que um artigo poderia repetir mais de um núcleo de sentido a saber: promoção da humanização, priorização, vínculo, responsabilização, resolutividade, acesso aos serviços de saúde, solidariedade e comunicação. O núcleo de sentido e eixo temático promoção da humanização estão presentes em 29 artigos, priorização 26, vínculo 25, responsabilização 19, resolutividade 16, acesso 18, solidariedade 14 e comunicação 12 artigos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em termos conceituais o conjunto de artigos relaciona-se com o conceito de acolhimento presente na Política Nacional de Humanização, sendo um requisito primordial no processo de remodelação da atenção em saúde, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento, qualifica o cotidiano dos serviços na atenção básica, impulsiona novas expectativas da sociedade frente ao processo de trabalho em saúde. Sendo também uma ferramenta da gestão da clínica, potencializando a gestão de tecnologias e as inovações em saúde e otimização dos recursos da saúde. O acolhimento como parte do processo de produção de saúde qualifica o cotidiano dos serviços na atenção básica como sendo o local mais próximo da vida das pessoas, impulsiona novas expectativas da sociedade frente ao processo de trabalho em saúde aos serviços de saúde. O acolhimento está presente em todo e qualquer encontro entre profissional/

usuário, profissional/profissional, equipe de saúde/gestão e usuário e sua rede social. Como tecnologia leve o acolhimento volta-se ao desenvolvimento de ferramentas e dispositivos que possibilitam a construção de linhas de cuidados centradas nas necessidades de saúde das pessoas e na atenção integral. O enfrentamento do conjunto multifacetado de necessidades e demanda dos serviços de saúde coloca em foco não apenas a atual organização dos serviços e ações de saúde, como também as capacidades dos profissionais de saúde em lidar com esse novo contexto. Temos observado um tipo de sentido do acolhimento onipresente, no qual o acolhimento está em todo lugar, em todos os momentos e é realizado por todos os profissionais de saúde. Esse sentido em termos de concepção geral relaciona-se à diretriz da PNH, porém distancia-se quanto à sua operacionalização em termos concretos de ampliação da escuta e do acesso aos serviços, pois esse não lugar dá uma margem de impessoalidade no processo de trabalho. DESAFIOS: Pensar quais contribuições o conjunto dos artigos podem trazer para a implementação do acolhimento é um grande desafio teórico-prático, afetuoso e comprometedor, no contexto atual de forte crise dos sistemas universais de saúde. As dimensões propostas nos núcleos de sentido poderão facilitar a atribuição de valor dentro de um conjunto de conceitos que permeiam e circulam o acolhimento, facilitando o diálogo entre trabalhadores, gestores e usuários. No decorrer do trabalho percebemos a possibilidade de um escopo para elaboração de indicadores ou indicativos do acolhimento conforme os núcleos de análise observados neste estudo. Os artigos analisados provocam análises mais profundas frente os sistemas universais de saúde. Acolher tem o propósito de promover o SUS, o acesso aos serviços de saúde, a comunicação, o

vínculo, a solidariedade, a responsabilidade, a priorização e a resolutividade. Este estudo poderá contribuir nas práticas de gestão, atenção, educação permanente e controle social no SUS nos diversos serviços de saúde, uma vez que amplia os sentidos do tema acolhimento, na medida em que não é só fonte de inspiração e esperança, mas poderá contribuir para que o direito universal à saúde seja garantido.

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Larissa Rachel Palhares Coutinho, Ana Rita Barbieri, Mara Lisiane Moraes dos Santos

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

APRESENTAÇÃO: No Brasil, o termo utilizado como equivalente à APS é a Atenção Básica (AB). O Ministério da Saúde tem lançado mão de estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre as estratégias que norteiam esta política, evidencia-se o acolhimento. Trata-se de um elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecnoassistencial. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental. O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, entretanto, somente recebeu destaque nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família em um passado relativamente recente. Assim, são necessários estudos avaliativos sobre a incorporação do acolhimento nos serviços de APS. E é diante

desse contexto que o presente estudo propõe, como objetivo, a análise do conhecimento produzido sobre o acolhimento na APS nos últimos oito anos. Método: Trata-se de uma revisão integrativa, relacionada ao acolhimento nos âmbitos da APS e da ESF. Estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: Como está a construção do conhecimento sobre o acolhimento na APS e na ESF? Para a seleção dos artigos foram utilizados os indexadores contidos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), contemplando os seguintes termos, nos idiomas português, inglês e espanhol: 'Acolhimento'; 'Atenção à Saúde'; 'Atenção Primária à Saúde'; 'Estratégia Saúde da Família'. Os dados coletados foram organizados e agrupados nas categorias temáticas que configuram o escopo central deste estudo. Para a análise dos dados foi realizado o cálculo de frequência simples, a fim de descrever a caracterização dos artigos encontrados. Após esta etapa, foram realizadas a leitura crítica e a discussão dos artigos selecionados. Resultados: A busca resultou em 115 artigos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 30 artigos que atendiam aos objetivos propostos. A maioria das publicações se deu entre 2008 e 2010. Quanto ao tipo de estudo, 24 eram de natureza qualitativa (80%) e 6 de caráter quantitativo (20%). Após leitura crítica e sistematização dos dados, puderam-se evidenciar três grupos de discussão: Processo de implantação do acolhimento; Acolhimento sob a ótica dos profissionais; e Acolhimento sob a ótica dos usuários. Quanto ao processo de implantação do acolhimento, foram avaliados 14 artigos (42%), onde foram discutidos aspectos referentes ao processo de implantação do acolhimento, em suas diretrizes conceituais e técnicas. Podem-se observar dois modelos de atenção à saúde a partir do acolhimento: o primeiro, que é mais pontual e baseado na demanda

espontânea, e respeita a ordem de chegada; e o segundo, baseado em um cuidado integral, longitudinal e interprofissional. Nota-se uma ambiguidade nos diferentes modelos organizacionais de operacionalização do acolhimento nas unidades de atenção primária. Como obstáculos para a realização do acolhimento nos serviços, destacaram-se: limites estruturais, elencados pela própria estrutura física inadequada das unidades e pela escassez de profissionais; algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. Sobre a percepção dos profissionais, foram selecionados 7 artigos (21%). Dentre os discursos mais abordados nos textos, destacam-se cinco temáticas relevantes: 'Significado e concepção dos profissionais'; 'Profissional que realiza o acolhimento'; 'Características e competências'; 'Fatores facilitadores para o acolhimento'; e 'Fatores que dificultam o acolhimento'. Para os profissionais, o acolhimento significa uma prática de recepção do usuário, através de atitudes e comportamentos atenciosos; é dar uma atenção especial e levar em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado, sendo pela resolubilidade dos problemas ou pelos encaminhamentos necessários. Por meio da análise dos textos selecionados, os principais profissionais citados no processo de acolhimento foram: auxiliar/ técnico de enfermagem, gerente/gestor, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista e outros profissionais não ligados à saúde. A realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional de saúde. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário. Dentre os fatores que facilitam e dificultam a prática do acolhimento, pode-se observar que foram

apontados inúmeros entraves para a realização do acolhimento, na opinião dos profissionais. Os fatores apontados como facilitadores para realização do acolhimento incluem: receptividade da comunidade, espaços de conversação entre profissionais e usuários e maior visibilidade ao trabalho dos profissionais. Dentre os fatores dificultares foi citado, pelos profissionais: falta de espaço físico adequado, falta de privacidade, não aceitação do acolhimento/resistência dos usuários, falta de valorização e reconhecimento, falta de funcionários, sobrecarga de trabalho, falta de preparo dos profissionais, pressão da demanda, atividades burocráticas, infraestrutura e falta de recursos, falta de limpeza, sensação de impotência e falta de comunicação. Através da análise das percepções dos usuários pode-se constatar que estes relacionam o acolhimento à boa receptividade (bom atendimento) pela equipe, ao direcionamento para consultas médicas, ao fornecimento de medicamentos, à resolução dos problemas de saúde, à triagem (avaliação de sinais vitais e classificação de prioridades) e, ainda, relacionam o acolhimento ao atendimento executado pelo profissional médico ou enfermeiro. Quanto ao sentimento/percepção dos usuários sobre o acolhimento, o que pôde ser encontrado foram atributos que ocasionavam satisfação ou insatisfação. Dentre os itens que ocasionavam satisfação estão: bom atendimento, escuta às queixas, presença de instrumentos que favorecem o atendimento, responsabilização e comprometimento dos profissionais, resolução dos problemas. Dentre as queixas mais citadas pelos usuários que ocasionavam insatisfação quanto ao atendimento: falta do profissional médico, filas e longa espera, falta de recursos materiais e humanos, estrutura física inadequada, morosidade na marcação e no resultado de exames, impessoalidade na relação entre profissional

e usuário, dificuldade de acesso a atendimento especializado, falta de privacidade, falta de preparo dos profissionais, falta de respeito. A percepção do usuário e sua satisfação com o serviço interferem na acessibilidade e na criação de vínculos, o que pode provocar dificuldades, para a equipe, de coordenar o cuidado, refletindo na qualidade do serviço. Conclusões: Mediante o subsídio dos artigos analisados, pode-se afirmar que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas, tanto por profissionais quanto por usuários. Fica evidente que não existe uma uniformidade quanto à prática do acolhimento. Mesmo levando-se em consideração que cada serviço tem suas peculiaridades e individualidades, é necessária certa forma de organizar o serviço, que deverá ser pautado em normatizações e, principalmente, em incentivos à educação permanente. O serviço é que precisa se organizar para oferecer o acolhimento, e não o contrário. Uma consideração quanto à percepção de profissionais e usuários é a de que os benefícios da prática acolhedora acabam ficando sem a devida relevância quando se observa que existem mais obstáculos para a realização dessa atividade do que pontos positivos e estimuladores da mesma. É evidente que ambientes desfavoráveis, e tantos outros pontos apontados nas análises são dificultadores, porém o ato de humanização ultrapassa as atividades rotineiras e deve ser encarado como algo intrínseco à prática profissional.

ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE O CASO DE BOA VISTA-RR

Angelica Cristina Nagel Hullen, Márcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, Indígenas, Roraima

1. INTRODUÇÃO: O Programa Bolsa Família (PBF) criado em 2003 é um programa de transferência de renda focalizado, com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. A gestão e a execução do PBF são realizadas de forma descentralizada, onde os entes federados assumem atribuições específicas. No município de Boa Vista/RR, a responsabilidade da gestão do PBF é da Secretaria Municipal de Gestão Social, com mais de 24 mil famílias acompanhadas. Esta pesquisa tem como objetivo refletir sobre o modelo adotado pela gestão do PBF de Boa Vista/RR para o acompanhamento das condicionalidades de saúde, bem como elaborar uma síntese das evidências do PBF nas condições de saúde dos beneficiários e traçar os desafios e oportunidades para o acompanhamento das famílias beneficiárias, tendo em vista o modelo intersetorial de gestão adotado para a sua execução. A metodologia utilizada foi a pesquisa documental e visita in loco a gestão municipal de Boa Vista. 2. CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PBF EM BOA VISTA/RR: METODOLOGIA E ACOMPANHAMENTO: No município de Boa Vista o acompanhamento das condicionalidades de saúde é realizado de maneira articulada e integrada pela Secretaria Municipal de Gestão Social, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Gestão Ambiental e Assuntos Indígenas, além de contar com o apoio da FUNAI, FUNASA, INCRA e da Coordenação Estadual do Programa Bolsa Família. 2.1. ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO NA ÁREA URBANA DE BOA VISTA: O processo ocorre semestralmente, logo que é divulgada a relação das famílias beneficiárias do PBF com perfil para acompanhamento nas condicionalidades de saúde. As etapas do processo podem ser devidamente

identificadas, as quais a elenca-se a seguir: Extração da relação das famílias a serem acompanhadas nas condicionalidades de saúde do PBF no Sistema de Gestão Bolsa Família na Saúde, extraídas no sítio do Ministério da Saúde (MS); Em função da defasagem dos endereços das famílias informados na relação das famílias extraídas do sítio do MS (12 meses), as informações são cruzadas com os dados contidos no Cadastro Único e os endereços são atualizados; Realização de reunião com os responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde da Secretaria Municipal de Gestão Social, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Gestão Ambiental e Assuntos Indígenas para discussão e estabelecimento do cronograma de atividades; Capacitação com a equipe de atenção social básica (diretores das Unidades Básicas de Saúde, Coordenadores de Áreas, funcionários das Unidades de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde) sobre o processo e o cronograma de acompanhamento das condicionalidades de saúde; Capacitação com a equipe de Agentes de Articulação Municipal da Secretaria Municipal de Gestão Social que realizarão a mobilização das famílias para comparecimento nas Unidades de Saúde; Mobilização das famílias com perfil condicional de saúde para comparecimento nas Unidades de Saúde. A mobilização segue um cronograma, bem como há um prazo para o comparecimento das famílias, evitando o excesso de público nas Unidades; As famílias que não são encontradas no endereço informado no Cadastro Único por ocasião da mobilização têm seu benefício bloqueado, para que efetuem a atualização cadastral, informando seu endereço atualizado. Nesse momento são encaminhadas para as Unidades de Saúde; Comparecimento das famílias as Unidades de Saúde para acompanhamento das condicionalidades do Programa e preenchimento dos dados

nos mapas de acompanhamento; Envio dos mapas de acompanhamento preenchidos pelas Unidades de Saúde para a Secretaria Municipal de Gestão Social; 10. Inserção das informações contidas nos mapas de acompanhamento no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família n Saúde; 11. Ao final do acompanhamento é realizada reunião de avaliação da estratégia de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. Além das ações realizadas dentro deste processo, também são desenvolvidas ações itinerantes em locais públicos e nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), objetivando o acesso das famílias aos serviços básicos de saúde. 2.2. ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO NAS COMUNIDADES INDÍGENAS E NOS PROJETOS DE ASSENTAMENTO: O Programa de Saúde Indígena de Boa Vista (RR), implantado pela prefeitura de Boa Vista em 2006, mudou a realidade das 16 comunidades indígenas das etnias macuxi e wapixana que vivem há 85 km da capital do estado. Embora localizadas perto do centro de Boa Vista, os habitantes dessas comunidades não tinham o costume de ir até aos hospitais e clínicas da cidade para cuidar da saúde e ter atendimento médico. A mortalidade infantil e a saúde das mulheres grávidas despontavam como os maiores problemas dessas aldeias. O atendimento de saúde e acompanhamento das condicionalidades é realizado em um ônibus adaptado com consultório clínico, odontológico e gerador de energia, equipes de profissionais da saúde prestam o atendimento à comunidade no próprio local, com acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com respeito à diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política da população. Todas as ações de acompanhamento são desenvolvidas em parceria com a FUNAI, a FUNASA e com as lideranças indígenas, que prestam apoio total na mobilização das famílias para o

acompanhamento das condicionalidades de saúde. Já nos Projetos de Assentamento do INCRA, as famílias também recebem visita semestral de uma equipe de saúde, os atendimentos são realizados em um ônibus adaptado com consultório clínico, odontológico e gerador de energia, equipes de profissionais da saúde prestam o atendimento à comunidade no próprio local, com acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), semestralmente. Por essa ocasião também é realizado o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF. 3. CONCLUSÕES: Constatou-se que o trabalho articulado entre os diversos entes das três esferas de governo contribuiu efetivamente para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e no acesso aos serviços e ações de saúde para as populações em situação de pobreza e extrema pobreza, bem como para populações indígenas e para aquelas residentes em áreas rurais, que tem dificuldades para acessar o SUS. Quando a condicionalidade de saúde do PBF é vista como uma oportunidade para a identificação e acompanhamento das famílias que até então não acessavam os serviços básicos de saúde, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade (população extremamente pobre, comunidades da zona rural e comunidades indígenas) ela torna-se um importante aliado para que os serviços de saúde sejam universalizados. Esta pesquisa demonstra que as ações articuladas entre a gestão da assistência social e da saúde, contribuem para o êxito no acesso aos serviços básicos de saúde, pelas famílias em situação de vulnerabilidade e populações específicas, de acordo com a realidade do município, como é o caso de Boa Vista. Mas apesar dos avanços, as equipes da Secretaria Municipal de Gestão Social e da Secretaria Municipal de Saúde avaliam que ainda há desafios, especialmente no que se refere

às ações a partir dos resultados obtidos no acompanhamento das condicionalidades para a o planejamento e o desenvolvimento de ações no que se refere a: ampliação cobertura vacinal, desenvolvimento de estratégias ampliadas para a saúde da mulher, saúde indígena e a utilização das informações em outras políticas públicas, visando a ampliação do acesso aos serviços básicos para as famílias em situação de vulnerabilidade.

AMBIGUIDADES NA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES ACOMPANHANTES

Camila Calhau Andrade Reis, Edmeia Campos Meira, Tânia Maria de Oliva Menezes, Edite Lago da Silva Sena

Palavras-chave: idoso, hospitalização, cuidadores

APRESENTAÇÃO: O Brasil exhibe, atualmente, um perfil populacional do tipo em transição demográfica, em que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem. Simultaneamente ao crescimento quantitativo de idosos brasileiros, evidencia-se o aumento da demanda destes nos serviços públicos hospitalares. Isso justifica-se pelo fato de que envelhecer ainda é caracterizado pelo surgimento de fragilidades, doenças crônicas e descompensações que podem levar a frequentes hospitalizações. A vivência da hospitalização pode tornar-se menos difícil e traumática para o idoso, mediante a presença de um familiar acompanhante. Entretanto, estudos disponíveis na literatura que tratam de familiares acompanhantes com foco na gerontologia, geralmente versam sobre concepções acerca da experiência de cuidado que convergem para teses e emissão de juízo

de valor sobre as vivências. Contudo, sob a ótica da fenomenologia de Merleau-Ponty, pressupomos que tornar-se familiar acompanhante de um idoso hospitalizado, implica em vivenciar experiências ambíguas, ou seja, em um mesmo cuidado é possível experimentar sentimentos até então categorizados como “bons” ou “ruins”, o que repercute na experiência da coexistência. Desse modo, a hospitalização, enquanto impactante vivência, pode contribuir para a ressignificação das relações de cuidado, na perspectiva de que o sofrimento do idoso passa a ser também do familiar que cuida. O estudo apresenta como objetivo principal: desvelar ambiguidades na experiência de cuidado da pessoa idosa hospitalizada a partir das vivências de familiares acompanhantes. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO Este estudo constitui-se parte da dissertação: Vivências de familiares acompanhantes de idosos hospitalizados: um olhar fenomenológico. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Foi desenvolvido em um hospital regional de grande porte, no município de Jequié, Bahia, Brasil. Os participantes foram cinco familiares acompanhantes de pessoas idosas hospitalizadas, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que atenderam ao critério de inclusão: ser o cuidador principal de um idoso internado por, pelo menos, sete dias. Para a produção das descrições vivenciais, utilizou-se a roda de conversa, um recurso metodológico que admite as interações e o diálogo como um rico material de pesquisa e que prioriza discussões em torno de um tema específico. A partir do diálogo, os participantes podem posicionar-se e influenciar o outro a falar e a ouvir, o que caracteriza a intersubjetividade inerente aos estudos fenomenológicos. Com o auxílio de um roteiro previamente elaborado, duas rodas foram realizadas em março de

2014, com a duração média de uma hora e trinta minutos cada. Um gravador digital foi utilizado para registro das informações e posterior possibilidade de transcrição. As descrições vivenciais foram submetidas à análise da ambiguidade, técnica elaborada para compreender textos empíricos originários de pesquisas fundamentadas na fenomenologia de Merleau-Ponty. O estudo atendeu às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos e, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob protocolo nº 518.99/14. Em respeito ao anonimato das participantes, cada uma escolheu um codinome relacionado a sentimentos vivenciados nos últimos dias: Saudade, Amor, Tristeza, Ansiedade e Preocupação. RESULTADOS E IMPACTOS Todos os participantes eram do sexo feminino, filhas, com idades entre 33 e 57 anos. Os relatos desvelaram que as familiares acompanhantes podem vivenciar sofrimentos ambíguos em três dimensões. A primeira dimensão associa-se ao fato de a relação humana engendrar o sentimento de coexistência e, quando se trata da intersubjetividade no domínio do cuidado pais-filhos e vice-versa, em situação de sofrimento, essa coexistência aparece de forma mais intensa. Assim, após a hospitalização do idoso e, à medida que se experimenta a coexistência, são comuns vivências ambíguas: Eu a via sentindo dor e não podia fazer nada [...] e aquilo me doía tudo por dentro também [...] agora ela não está mais sentindo dor e eu senti um alívio [...] Tempos atrás fui a uma festa, ao chegar, ela sentia muita dor[...] fiquei triste, estava alegre e fiquei triste (Amor). As ambiguidades desveladas, numa perspectiva fenomenológica, nos mostram que o cuidar opera numa relação reversa entre quem cuida e quem é cuidado, afetando ambas as

partes. A segunda dimensão de sofrimento refere-se ao cuidado pelo dever moral. O não cumprimento, por parte da família, do cuidado aos mais velhos e doentes, implica em exposição ao julgamento social, o que, a depender da formação cultural dessa família, poderá, também, comprometer a saúde do acompanhante da pessoa idosa: [...] ninguém tem paciência, a gente fica porque não tem jeito! [...] essa é uma obrigação de filho! Ela não cuidou de mim? Não lavou o meu bumbum? Hoje eu lavo o dela [...] (Ansiedade). A fala revela um saber instituído operante em favor da cultura e fortalece o dever moral, estabelecido pelo mundo sociocultural, incorporado e transmitido entre gerações. O dever moral orienta, de maneira ambígua, a intencionalidade das condutas humanas e, nesse caso, do cuidado ao outro. Relaciona-se à cultura, hábitos e à preocupação com a forma pela qual o meu semelhante me vê. Por fim, a terceira dimensão de sofrimento refere-se ao descuido no contexto do hospital, refletido pela falta de ambiência para o usuário e seu cuidador: [...] sinto-me triste no hospital, parece que a gente está em uma prisão [...] dormi sentada em um banquinho (Tristeza). A realidade é uma só: bom não é (estar no hospital), mas é uma coisa necessária (Preocupação). A vivências revelaram cuidadoras que passaram dias, meses completamente “invisíveis”, adoecendo em um local que, essencialmente, deve promover saúde. Diante dessa realidade de ambiguidades, dialogar com franqueza, acolher de maneira generosa e escutar atentamente configuram-se como virtudes fundamentais a serem exercidas pela equipe de saúde junto ao familiar acompanhante para a construção de vínculos que direcionarão ao cuidado integral e humanizado. CONSIDERAÇÕES FINAIS Embora tenhamos organizado as vivências em três dimensões de sofrimentos ambíguos, numa merleau-pontyana, elas

não podem possuir uma conotação negativa, pois toda experiência permite a abertura ao outro. Nos sofrimentos “visíveis”, há possibilidades “invisíveis” de transcendência e ressignificação das relações, tanto de quem cuida, como de quem é cuidado. O estudo mostrou-nos como é importante que os profissionais de saúde reconheçam os contextos de intersubjetividade que se estabelecem no domínio hospitalar e como estes se configuram espaços de produção de cuidado. Esse reconhecimento engloba a noção de humanizar como articuladora entre cuidado, tecnologias e relações humanas, envolvendo usuários do serviço, acompanhantes e profissionais, de maneira que todas as necessidades sejam ouvidas, percebidas e entendidas, o que convergirá para o cuidado humanizado. Portanto, consideramos que as ambiguidades desveladas possuem o potencial de abrir caminhos à ressignificação do familiar cuidador por parte da equipe multiprofissional, de modo que estratégias de cuidado voltadas para o acompanhante se consolidem, tendo por base tecnologias relacionais como o diálogo, o acolhimento e a escuta.

ANÁLISE BACTERIOLÓGICA DA ÁGUA CONSUMIDA EM UMA NA ESCOLA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL

Elisete Cristina Krabbe, Bruna Braga Soares, Bianca Alana Becker Kuhn, Camila Skonieski Castro, Cristiano Darlan Bailke, Greici Soares Ferraz, Karen Taiane Santos Silva, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Palavras-chave: Análise microbiológica, Potabilidade, Prevenção de doenças

Introdução: A água é um recurso natural e fundamental para a manutenção da vida no planeta terra. Sendo que somente 0,8% são próprios para o consumo humano.

Além disso, esse percentual cobre o abastecimento público, a produção de alimentos e atividades de lazer (SILVEIRA, 2011). Diante desse contexto, é necessário o monitoramento periódico da qualidade da água oferecida à população. Visto que essa deverá estar livre de microrganismos patológicos e assim como de outras substâncias que potencializem danos fisiológicos, devendo ser garantido que a água apresente boas condições para uso, ou seja, esteja sem a presença de odor e coloração (BRASIL, 2006). Além disso, ingestão de água de má qualidade acarreta danos gravíssimos a quem faz o consumo e, conseqüentemente, a órgãos de saúde pública, pois é o principal veículo na transmissão de coliformes causadores de doenças gastrointestinais, nos quais o tratamento é de custo altíssimo (SOUSA, 2006). O estudo teve como objetivos coletar amostras de água nos bebedouros e torneiras do Instituto Estadual de Ensino Professor Annes Dias/ Cruz Alta/RS, determinando a forma, a frequência da limpeza, tratamento e a potabilidade da água consumida na escola. Metodologia: A pesquisa caracterizou-se como um estudo exploratório do tipo experimental. A coleta de dados foi realizada através do recolhimento de três amostras de água, provenientes de diferentes locais: torneira externa da quadra esportiva, bebedouro de maior acesso e torneira principal da cozinha. O procedimento de análise transcorreu primeiramente com a captação das amostras de água, e, posteriormente, com a verificação das respectivas amostras coletadas no Laboratório de Análise Ambiental da Universidade de Cruz Alta, durante dois dias consecutivos, tendo como base os parâmetros microbiológicos estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.914/2011 e os Protocolos de Microbiologia Ambiental de 2011. Como parâmetros microbiológicos, foram

utilizados os coliformes totais e os coliformes fecais (termotolerantes). No entanto, com o intuito de se rastrear possíveis fontes de contaminação, ao decorrer da pesquisa foram averiguadas as condições da estrutura hídrica da escola, como também a frequência e os procedimentos de sua higienização. Ao final do estudo, os valores obtidos foram repassados aos órgãos públicos cabíveis e aos discentes, informando-os, através da disponibilização de folders, sobre a importância do consumo de água de qualidade adequada dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e os riscos que a sua forma contaminada pode representar à manutenção da saúde do organismo. Resultados e discussão O IEE Professor Annes Dias, assim como a população e as demais instituições educacionais de Cruz Alta/RS, recebe a água previamente tratada pela Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN) do município. A escola tem dois reservatórios de água, cada um com capacidade de 3.000 litros, localizados no telhado do prédio. No entanto, não ocorreu um exame mais preciso do estado higiênico e composição desses reservatórios, pois, em virtude de não possuímos equipamentos de proteção individual, não foi possível acessar o local onde estes reservatórios estavam fixados, sendo a análise realizada predominantemente no pátio da escola. Além disso, foi observado que a instalação hidráulica do prédio passou por reforma, ficando visível em alguns locais a substituição do encanamento. Ao fim da visita, percebemos que o sistema hidráulico de água potável da escola está em boas condições, com realização periódica de manutenções e limpeza nos reservatórios, todas previstas na NBR 5626. Com o objetivo de se avaliar a qualidade da água consumida pelos estudantes, as amostras foram recolhidas em potes contendo um meio de cultura de transporte, respeitando todas as regras de assepsia recomendadas

nos protocolos de microbiologia ambiental, e, posteriormente, armazenadas em um caixa de isopor com gelo, para então serem conduzidas até o Laboratório de Análise Ambiental da Universidade de Cruz Alta. Neste local, transcorreram os procedimentos de análise a partir de três amostras de água provenientes da torneira externa da escola, torneira da cozinha e bebedouro. Tendo com base a metodologia convencional estabelecida pelo Ministério da Saúde, para a identificação de coliformes totais e coliformes termotolerantes, as amostras foram semeadas em três placas de Petri contendo Ágar nutriente e no Caldo Lauril Sulfato Triptose- LST. Após a realização deste método convencional, apesar de não ter ocorrido o crescimento de colônias, houve necessidade de se realizar a etapa confirmatória, já que o meio LST das amostras 1 e 3 apresentaram turvação e mudança de cor. Desta forma, estas amostras positivadas foram aplicadas no caldo de EC e no caldo Verde Brilhante, porém ao final desta etapa, não houve uma visível mudança na aparência do meio de cultura, ou a formação de gás, indicando, portanto, um resultado negativo para a análise. O grupo dos coliformes totais e termotolerantes constituem-se em um grande grupo de bactérias que têm sido isoladas de amostras de águas e solos poluídos e não poluídos (SILVA & UENO, 2008). Eles estão presentes em fezes de animais de sangue quente, representando um importante indicador de contaminação, e são comumente usadas como parâmetros microbiológicos, já que conseguem desencadear diversificadas patologias nos seres humanos. Assim, ao final do procedimento de análise, as amostras comprovaram-se dentro do padrão brasileiro de potabilidade, apresentando ausência de contaminação fecal e coliformes totais termotolerantes em suas composições. Tendo em vista que a

água utilizada durante o estudo recebeu um tratamento prévio e adequado, o resultado apresentou-se esperado e satisfatório. Considerações Finais: Para que o acesso à água potável torne-se possível, é de vital importância o tratamento da água, bem como a manutenção dos reservatórios e encanamentos. É fundamental oferecer uma água livre de organismos capazes de originar enfermidades, visto que a escola é um lugar de pessoas suscetíveis a doenças transmitidas pela água contaminada. No IEE Professor Annes Dias, a água utilizada e consumida apresenta ausência de contaminação fecal e coliformes totais termotolerantes, atendendo aos padrões de qualidade exigidos pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, promovida a qualidade de vida e a prevenção de doenças que podem ser letais aos seus consumidores. Portanto, é essencial que escolas e outras instituições realizem a manutenção e o monitoramento periódico da água consumida para que possamos prevenir as doenças provindas do consumo de água contaminada, diminuindo, assim, as consequências e mortes com as doenças e gastos com a saúde pública.

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA REFROTÁRIA

Fernanda Daniela Dornelas Nunes, Pedro Henrique Batista de Freitas, Jeizziani Aparecida Ferreira Pinto, Andréia Roberta Silva Souza, Richardson Miranda Machado

Palavras-chave: Esquizofrenia, Síndrome x Metabólica, Clozapina

APRESENTAÇÃO: A esquizofrenia é uma doença crônica, incapacitante, que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo. É concebida, na atualidade, como um transtorno mental persistente e

complexo, caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que incluem discurso e comportamento desorganizados, delírios, alucinações e alteração na cognição. O tratamento baseia-se, essencialmente, no uso de medicamentos denominados antipsicóticos, associados a terapias psicossociais. Cerca de 30% das pessoas que possuem esquizofrenia não apresentam melhora do quadro clínico, sendo denominadas refratárias ou resistentes ao tratamento. Os diferentes mecanismos fisiopatológicos desse transtorno podem estar envolvidos em sua etiologia. Apesar de não existir um consenso único e globalmente aceito, a esquizofrenia refratária pode ser caracterizada quando não há melhora dos principais sintomas após o tratamento com dois antipsicóticos de classes diferentes (sendo pelo menos um atípico), em doses adequadas, durante um determinado período de tempo (4-6 ou 6-8 semanas). O tratamento medicamentoso de escolha, para os casos de esquizofrenia resistente (ou refratária), é a prescrição do antipsicótico atípico clozapina. Já a Síndrome metabólica (SM) caracteriza-se por um conjunto de fatores de risco para diabetes mellitus do tipo 2 e doenças cardiovasculares, tendo como componentes centrais a obesidade abdominal, resistência à insulina, dislipidemia e hipertensão. Além disso, também está associada ao desenvolvimento de doenças hepáticas, respiratórias, osteoarticulares e câncer. Em pacientes com esquizofrenia, estima-se que, aproximadamente, 34% das mortes entre pessoas do sexo masculino e 31% naquelas do sexo feminino sejam atribuídas à doença cardiovascular, o que só é superado pelo suicídio. Desta forma, apresenta-se como uma condição complexa que acarreta alto custo social e econômico para os sistemas de saúde e famílias, atingindo todas as populações do mundo. Pessoas que possuem esquizofrenia apresentam um risco

aumentado para alterações metabólicas, em comparação ao da população geral. Este artigo foi elaborado com o objetivo de estimar a prevalência de síndrome metabólica (SM) e os fatores associados, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais em pacientes com esquizofrenia refratária em uso de clozapina. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo de delineamento transversal na Região Ampliada Oeste do Estado de Minas Gerais (MG). A população foi composta por 169 pessoas que constavam no cadastro da Superintendência Regional de Saúde (SRS) dessa região, com diagnóstico médico de esquizofrenia refratária que estavam em uso do antipsicótico atípico clozapina, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e com capacidade de entendimento. O cálculo amostral foi realizado, utilizando-se o programa OpenEpi, versão 3.03a, considerando-se uma população de 169 indivíduos para uma proporção esperada do evento de 50%, um nível de significância de 5% e margem de erro de 10%, estimando-se uma amostra de, aproximadamente, 62 indivíduos. A amostra final foi composta por todos os pacientes que compareceram ao CAPS de Divinópolis, durante o período de coleta de dados (dezembro de 2014 a junho de 2015), totalizando-se 72 indivíduos. Foram excluídas do estudo as mulheres grávidas, os participantes que não estavam em jejum e aqueles que apresentaram qualquer condição que pudesse interferir na coleta e mensuração dos dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO) sob o parecer 572.288. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos e bioquímicos. O processamento e a análise dos dados foram realizados por meio do programa Statistical Package for the Social Science®, versão 20.0.

As variáveis foram descritas por meio de suas frequências absolutas e relativas. Para a comparação dos pacientes com e sem síndrome metabólica, foram utilizados os testes de Qui-Quadrado de Pearson e exatote de Fischer. Na análise multivariada, para avaliar os fatores associados à SM, foi utilizado o modelo de regressão logística binária. Para a entrada das variáveis preditoras no modelo, foi considerado um valor-p menor que 0,20 na análise univariada. Utilizou-se o critério forward para a entrada das variáveis no modelo e para a permanência delas no modelo final foi adotado um nível de 5% de significância. Após ajuste do modelo final, foi avaliada a estimativa do Odds Ratio ajustado com o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). O ajuste do modelo foi avaliado por meio da estatística de Hosmer& Lemeshow. Observou-se prevalência de SM em 47,2% da amostra, com predomínio entre as mulheres (58,8%). Pacientes com a síndrome apresentaram percentuais mais elevados de alterações, em todos os componentes. As razões para essa elevada prevalência ainda é muito controversa, principalmente em função da possível participação dos medicamentos antipsicóticos na gênese das anormalidades metabólicas. A esquizofrenia, por si só, já representa um fator de risco para as anormalidades que compõem a SM e, neste contexto, as medicações atípicas ou de segunda-geração, estando entre elas a clozapina, possuem um papel importante na potencialização do risco. A relação precisa entre o uso de medicações antipsicóticas e o desenvolvimento de SM ainda permanece incerta, podendo-se afirmar, com clareza, que pessoas tratadas com esses medicamentos apresentam SM em uma frequência superior à da população geral. A prevalência de SM gira em torno de 4 a 26% nas pessoas que não fazem uso desses medicamentos, chegando a 69% naqueles medicados. O uso de quatro ou

mais medicamentos, sobrepeso e obesidade indicaram associação significativa. Observa-se que a ingestão de vários medicamentos aumenta o risco para o aparecimento de efeitos adversos metabólicos, contribuindo, por conseguinte, para o desenvolvimento de SM. Um estudo que analisou o uso de mais de um psicotrópico (politerapia), em comparação à monoterapia, confirmou um risco aumentado para o desenvolvimento de alterações metabólicas e outras comorbidades. Deste modo, este achado deve ser visto com cuidado, considerando-se que pacientes que possuem esquizofrenia refratária tendem a utilizar um número maior de medicamentos em detrimento da gravidade da doença e de sintomas diversos. Somando-se a isso, uma relação causal mostra-se inviável de ser estabelecida, tendo em vista a natureza deste estudo. Pacientes com a síndrome apresentaram um histórico de menos internações psiquiátricas, comparados àqueles que não a possuem, sendo associado à SM na análise multivariada. A prevalência de SM foi elevada, considerando-se que esta taxa representa um valioso indicador de saúde e aponta para a necessidade de cuidado e atenção. Sugere-se que esses pacientes sejam continuamente monitorados clinicamente, tanto no início do tratamento com clozapina quanto no seu decorrer, por meio de avaliações frequentes de seu peso, circunferência da cintura e pressão arterial, bem como realização de exames bioquímicos quanto aos componentes de SM. Além disso, indica-se que eles sejam incluídos em grupos e outras estratégias de educação em saúde e de qualidade de vida nas unidades de saúde. Para isso, é necessário que esse grupo de pacientes seja visto como prioritário pelos gestores e profissionais de saúde, considerando-se a necessidade de vigilância contínua desses fatores de risco para o estabelecimento de intervenções precoces e efetivas.

ANÁLISE DO IMPACTO DO TREINAMENTO NO TRABALHO DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE NA MODALIDADE A DISTÂNCIA

Marina Nagata Ferreira, Tarcísio Laerte Gontijo

Palavras-chave: gestão pública, educação a distância, impacto do treinamento no trabalho

APRESENTAÇÃO: O movimento de descentralização na gestão pública do Brasil através da Constituição Federal de 1988, fez com que estados e municípios ganhassem mais autonomia e responsabilidades nas atividades antes desenvolvidas pela União. Diante disso, aumentou a exigência de competências específicas de gestores públicos. Assim, o Ministério da Educação do Brasil junto aos esforços da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Instituições Públicas de Ensino Superior e Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB), implementaram em 2009, estratégias para formação e qualificação de profissionais portadores de curso superior, que exercem ou pretendem exercer a função de gestor. Dentre essas estratégias adotadas, destaca-se o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP). Este programa engloba um curso de bacharelado em Administração Pública e três especializações (Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde) sendo todos oferecidos na modalidade Educação a Distância (EaD). Esta modalidade de ensino utiliza tecnologias da informação e comunicação para mediar os conteúdos. É considerada uma importante ferramenta por diminuir as barreiras geográficas e levar acesso à educação, além de permitir a simultaneidade entre ensino e atuação profissional. Das especializações do PNAP, a de Gestão em Saúde espera

que os gestores desenvolvam intervenções de acordo com a realidade de cada serviço assim como aprimorem ações e iniciativas administrativas. O curso tem sido ofertado por 23 Instituições Públicas de Ensino Superior, no Brasil, em diversos Pólos de Apoio Presencial da UAB. Dessas Instituições, a Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) localizada no estado de Minas Gerais oferece essa especialização desde 2013 sendo disponibilizadas 320 vagas distribuídas em oito Pólos de Apoio Presencial nos estados de Minas Gerais e São Paulo. Para compor a primeira turma houve um alto índice de procura e inscrições realizadas. Nesse contexto, ressalta-se a importância de avaliar o curso através dos resultados que o mesmo produz no ambiente de trabalho, sendo denominado impacto do treinamento no trabalho. Este termo é definido como a influência que o evento instrucional exerce sobre o desempenho global subsequente do participante no treinamento, bem como, em suas atitudes e motivação. OBJETIVO: Avaliar o impacto que o treinamento em questão, a especialização de Gestão em Saúde do PNAP, gerou no trabalho daqueles que já concluíram o curso. MÉTODO DO ESTUDO: É uma pesquisa avaliativa, transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra foi definida do total de 320 alunos matriculados na especialização de Gestão em Saúde pela UFSJ, 133 (41,6%) concluíram o curso. A coleta de dados consistiu na aplicação de dois questionários on-line do tipo websurvey e entrevistas semi-diretivas aos 133 egressos do curso. O primeiro questionário abordou questões relativas ao perfil do aluno e de variáveis relacionadas com a formação e atuação profissional, hábitos de estudo, utilização da EAD, aspectos de vida familiar e social e motivos que levaram a procura pelo curso. O segundo questionário abordou o instrumento intitulado “Impacto do

treinamento em amplitude” validado por Abbad (1999). Este instrumento é composto por 12 itens, associado a uma escala de concordância do tipo Likert. A entrevista consistia de questionamentos relacionados ao treinamento e a aplicabilidade no trabalho. A amostra final dos dois questionários foi de 120 respondentes, valor considerado alto para este tipo de coleta de dados e da entrevista foi de 52 respondentes. A coleta foi realizada no dia da apresentação do trabalho de conclusão de curso (TCC) da especialização. Após a coleta foi realizada análise descritiva dos dados utilizando o software estatístico StatisticalPackage for the Social Sciences 20.0 (SPSS) e as entrevistas foram analisadas por meio da análise temática de conteúdo. Para auxiliar na organização desta análise utilizou o software ATLAS TI. Este estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos. RESULTADOS: O primeiro instrumento revela o perfil dos egressos da especialização de Gestão em Saúde, sendo que residem em 47 cidades distintas no estado de Minas Gerais e São Paulo, a maioria é do sexo feminino, casado, cursou graduação em instituição privada e possuía outra especialização. Dos egressos 44 (36,7%) possuíam mais de 1 especialização. Prevaleceu profissionais graduados em enfermagem 46 (38,3%), sendo o restante distribuído em outras 9 profissões. A média de idade foi de 42,1 anos variando entre 21 e 59 anos. Em relação ao trabalho, 108 (90%) egressos possuem vínculo empregatício no setor público e 75 (62,5%) profissionais não atuam como gestor ou administrador na saúde. Sobre o treinamento ser na modalidade EaD, 76 (63,3%) já participaram de algum curso a distância. No segundo questionário de coleta, referente ao impacto do treinamento no trabalho, utilizou a escala tipo Likert que

possui 5 opções de resposta, sendo: Discordo Totalmente, Discordo Pouco, Em dúvida, Concordo Pouco e Concordo Totalmente. Nas doze variáveis do instrumento estudadas o maior percentual de respostas foram concordantes, entre Concordo Pouco e Concordo Totalmente. Os itens do instrumento que apresentaram o maior percentual de concordantes relacionam a percepção que os egressos tiveram sobre a aplicação do que foi aprendido no treinamento em seus trabalhos. Os participantes julgaram que o treinamento teve impacto no ambiente de trabalho, que aumentou a motivação, a autoconfiança e se tornaram mais receptivos as mudanças no trabalho. Já em relação ao menor percentual do instrumento refere-se ao curso ter beneficiado os colegas de trabalho, que para os participantes não houve benefício aos demais profissionais do trabalho, o que sugere que os egressos tiveram dificuldades de compartilhar as novas habilidades. Em relação à análise das entrevistas, resultaram em categorias analíticas que demonstraram a aplicabilidade do TCC no ambiente de trabalho dos egressos, a contribuição do curso para o trabalho e a oportunidade que os participantes tiveram de aplicar os conhecimentos adquiridos na especialização no local de trabalho. As categorias apresentaram a importância e contribuição do treinamento para a prática profissional dos gestores da área da saúde. Assim como fica explícito nos relatos a aplicabilidade dos conteúdos do curso na execução das atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A especialização de Gestão em Saúde do PNAP oferecida na modalidade à distância, através dos resultados da pesquisa aponta que foi dirigida ao público alvo preconizado, mas espera-se que os participantes que não atuam como gestores ou administradores na saúde em algum momento possam ter possibilidade de assumir a gestão pública e

implementar os conteúdos do treinamento. O segundo instrumento da coleta permitiu avaliar o impacto do treinamento no trabalho, revelando que o curso provocou mudanças no comportamento dos profissionais e impactou o local de trabalho dos mesmos. Algumas fragilidades foram encontradas, destaca-se a ausência de conteúdos que abordem como compartilhar os conhecimentos advindos do curso com os demais profissionais do trabalho. Assim, aguarda que novos editais sejam abertos e que os desafios no desenvolvimento da especialização sejam sanados. Este estudo espera contribuir para futuras experiências de avaliação de treinamento e enseja novas pesquisas de avaliação de impacto do treinamento em demais locais do país.

AS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO – RO

Daniela Ferreira Borba Cavalcante

Palavras-chave: Enfermeiros, Competências, Pré-Natal

Estudos apontam que a presença de enfermeiros qualificados para o atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal é um indicador de qualidade da assistência e de redução da morbimortalidade materna e neonatal. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve ter habilidades necessárias, além de contar com apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui um marco de políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infraestrutura adequados além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, referência e transporte. Por isso, o interesse em verificar se os enfermeiros que participaram deste estudo desenvolvem as competências essenciais

estabelecidas pelo documento oficial da Confederação Internacional das Partes-ICM, visto que, nestas unidades o pré-natal é de responsabilidade dos enfermeiros. Este estudo teve como objetivo principal investigar a assistência à mulher durante o pré-natal na Zona Leste de Porto Velho-RO por meio das ações realizadas pelos enfermeiros, tendo por base as competências essenciais para o cuidado pré-natal. O delineamento do presente estudo foi descritivo, de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família da Zona Leste do município de Porto Velho-RO. Estas unidades de saúde também são utilizadas como campo de ensino prático e estágio para alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Fizeram parte deste estudo 19 enfermeiros que atendem as mulheres durante a gestação, no pré-natal, nas unidades de saúde da Zona Leste do município que se disponibilizaram a participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: os enfermeiros que estavam de férias, licenças e que não aceitaram participar do estudo. Os procedimentos para a coleta dos dados aconteceram de duas formas: observação sistemática e não participante da atenção pré-natal oferecida pelos enfermeiros e demais membros de enfermagem e entrevista semiestruturada apenas com os enfermeiros que assistiram as gestantes na consulta de pré-natal. Os dados coletados foram digitados e analisados usando o Software Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS). As variáveis constantes dos questionários foram categorizadas e posteriormente organizadas em um banco de dados. Após, os resultados foram organizados através de estatística descritiva por meio de índices absolutos e percentuais, e apresentados em tabelas dispostas em planilhas do aplicativo Excel. Este trabalho só foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

da Universidade Federal de Rondônia, de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: a jornada de trabalho dos profissionais que atuam nessas unidades é de 30 horas semanais. As equipes trabalham em apenas um turno. Cada equipe de saúde da família faz horário corrido de 07h às 13h ou de 13h às 19h. As consultas de enfermagem, no pré-natal, são programadas por dia da semana e horários reservados. Os agendamentos destas consultas são feitos pelos agentes comunitários de saúde, porém as equipes deixam vagas diárias para demanda espontânea. Algumas equipes fazem o agendamento das consultas subsequentes durante as atividades de grupo. As unidades visitadas realizam a coleta e a análise de material para exames laboratoriais simplificados (hemograma, EAS, parasitológico de fezes e glicemia). Exames como sorologias, urocultura, Preventivo do Câncer de Colo Uterino, o material é encaminhado e analisado no Laboratório Central – LACEN. Os resultados desses exames estão sendo entregues em até dez dias. A população deste estudo, que contou com 19 enfermeiros, é predominantemente do sexo feminino, casados ou em união estável, com a média de idade entre 30 e 39 anos; com mais de dez anos de formação 63,2%. Entre os profissionais que têm pós-graduação, 68,4% cursaram Saúde Pública/Saúde da Família. A maior parte deles trabalha a mais de dois anos na estratégia saúde da família, no atendimento pré-natal. Os dados evidenciam que 10 (52,6%) enfermeiros participaram de cursos de atualização na assistência pré-natal, sendo que alguns destes participaram em mais de um curso. De acordo com as informações obtidas durante o estudo, o desenvolvimento de habilidades para a consulta de enfermagem no pré-natal ocorreu durante os estágios na graduação e no cotidiano da vida profissional. 17

(89,5%) dos enfermeiros que participaram do estudo têm dois vínculos trabalhistas. As dificuldades relatadas foram: condições de trabalho inadequadas, falta de cursos de atualização, materiais e medicamentos. Foram feitas 50 observações de consultas de pré-natal. Em relação ao tempo de espera, variou de uma a cinco horas, como as consultas são por ordem de chegada, o tempo de espera depende da hora em que estas mulheres chegam à unidade. Das 50 consultas observadas, 12 (32%) das gestantes estavam acompanhadas, sendo quatro acompanhadas pelos maridos, três com filhos, duas com irmãs, duas com a mãe e uma acompanhada de uma prima. Estas gestantes estavam no primeiro, segundo ou no terceiro trimestre de gestação. As atividades realizadas com maior frequência foram à verificação do peso e da pressão arterial, data da última menstruação, idade gestacional, pesquisa de edema, ausculta do BCF, medida da altura uterina e anotação no prontuário e cartão da gestante. As ações e procedimentos que apresentaram menor frequência foram à inspeção de pele e mucosas, exame das mamas, de MMII, verificação do estado nutricional, atividades em grupo, orientações sobre amamentação, retorno para o puerpério. As ações não realizadas durante a coleta de dados foram o exame dos genitais externos e especular, frequência cardíaca, palpação da Tireóide, pescoço e axilas e ausculta cardiopulmonar. Os enfermeiros são responsáveis pela consulta pré-natal e os técnicos em enfermagem atuam na pré-consulta. Porém, as informações oferecidas pelos profissionais bem como a observação do funcionamento das unidades durante a pesquisa, mostraram que, em relação às competências essenciais e habilidades esperadas na assistência pré-natal foram realizadas com baixa frequência ou não foram realizadas. Para que esta assistência seja qualificada, é necessária a reorganização

das ações a serem desenvolvidas tendo em vista as fragilidades encontradas que comprometem a atenção qualificada. Com os resultados deste estudo, percebe-se a necessidade de reorganização da dinâmica de trabalho dos enfermeiros, uma mudança que privilegie as ações que de fato são competências destes profissionais. Para que melhore essa assistência, prestada pelos enfermeiros, na Zona Leste de Porto Velho seria necessário estabelecer programas de capacitação de qualidade e de supervisão, sensibilizar a gestão municipal para proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento de enfermeiros capacitados, principalmente através das atividades de educação permanente. A relevância deste estudo foi disseminar os resultados obtidos, disponibilizando-os e apresentando-os em diferentes fóruns, assim permitindo que profissionais e alunos de pós-graduação e graduação reflitam e discutam cada vez mais sobre a temática investigada. E, principalmente, levar o profissional que atua mais diretamente nesta fase da vida das mulheres, o enfermeiro (a), a refletir sobre as competências essenciais para a assistência pré-natal.

AS CONTRIBUIÇÕES DO DATASUS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS PESQUISAS EM SAÚDE NO BRASIL

Elaine Santos da Silva, Tiago Oliveira de Jesus, Cinoélia Leal de Souza, Maria Alves da Silva

Palavras-chave: Sistema único de Saúde, Sistemas de informação, DATASUS, Pesquisa sobre serviços de saúde

APRESENTAÇÃO: De comprovada importância para o desenvolvimento e consolidação das políticas públicas de saúde, o uso da Ciência e da Tecnologia deve ser uma realidade concreta dentre as

prioridades no setor saúde. As pesquisas no campo da saúde são de extrema importância para o desenvolvimento desse campo de conhecimento e conseqüentemente para a elaboração de alternativas e estratégias para garantir melhor qualidade de vida para as pessoas. Para isso, ferramentas ligadas à tecnologia da informação são cada vez mais utilizadas, como o DATASUS que disponibiliza informações que servem para subsidiar ações e políticas de saúde, pesquisas que objetivam desde diagnosticar problemas até avaliar serviços e ações de saúde, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde (BRASIL, 2013). A pesquisa em Saúde Coletiva deve ter por objetivo produzir conhecimentos que ajudem a construir novas alternativas no sentido da prevenção das doenças, da promoção da saúde e da organização de um sistema equânime de saúde (BARRETO, 2003). OBJETIVO: Diante disso, esse estudo teve como objetivo analisar as publicações brasileiras no campo da saúde, do ano 2000 a 2014, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), visando identificar como o DATASUS tem contribuído para o desenvolvimento das pesquisas em saúde no Brasil. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em que foi utilizada a análise de conteúdo para análise dos dados e descrição dos resultados. E o uso do DATASUS nas pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde no Brasil, de 2000 a 2014. Seguindo o proposto por Bardin (1977) para a análise de conteúdo, a análise do material coletado foi dividida em três fases: ordenação dos dados, com a escolha dos artigos que se enquadraram no tema pesquisado, organização do material e agrupamento dos textos para posterior discussão dos resultados. Para isso, utilizou-se o sistema integrado de busca da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS). Utilizou-se o “método de

pesquisa integrado” para a busca na BVS em “todos os índices” e “todas as fontes”, o que permite uma ampla busca, integrando várias bases de dados e uma busca detalhada, por relevância de títulos, de resumos e de textos. Ao ser feita a pesquisa optou-se por selecionar as produções científicas publicada em periódicos nacionais e internacionais presentes na BVS do ano 2000 até o ano 2014, utilizando-se a palavra: “DATASUS”, por título e relevância em todas as fontes, foram encontrados 186 resultados de publicações em português, inglês e espanhol, dos quais 160 são textos completos publicados a partir do ano 2000, que foram incluídos no estudo. Foi realizada, inicialmente, uma leitura exploratória com objetivo de obter uma visão geral dos 160 textos incluídos no estudo, para verificar se correspondiam aos interesses da pesquisa. Após essa comprovação, foi feita uma leitura minuciosa e descrição dos resultados. Por se tratar de uma pesquisa que utiliza como fonte de dados uma base secundária e de acesso público, não se faz necessária à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa para a realização do estudo. RESULTADOS: Os resultados apontam que o DATASUS tem sido uma ferramenta muito utilizada nas pesquisas em diferentes áreas no campo da saúde no Brasil, contribuindo para o conhecimento da situação de saúde e avaliação das políticas e ações no país. Com a análise de conteúdo realizada nas publicações, foi possível identificar que dos 160 textos presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados entre 2000 e 2012, e que utilizaram o descritor “DATASUS”, 117 são artigos científicos; 33 Teses e dissertações; cinco Manuais e publicações oficiais do Ministério da Saúde; quatro são documentos de projetos; e uma publicação em anais de congresso. Notou-se uma grande variedade de fontes de publicação, com aproximadamente 60 periódicos e revistas científicas de diferentes instituições, de referência

nacional e internacional, e também de diferentes campos e áreas do conhecimento dentro das Ciências da Saúde. O número de publicações relacionadas ao uso do DATASUS é maior a partir do ano 2006, sendo que o ano 2010 o que apresenta maior frequência. Das 160 publicações, 134 utilizaram o DATASUS como fonte de pesquisa para o levantamento de informações sobre saúde por meio das bases de dados secundários dos Sistemas de Informação integrados no DATASUS. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foi o mais utilizado com 52 pesquisas, seguido pelo Sistema de Informação Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SAI/SIH) com 30 publicações. Destaca-se que 15 pesquisas utilizaram mais de um sistema de informação combinado para o levantamento dos dados de acordo aos objetivos do estudo. Em relação ao tipo de estudo, predominaram os de caráter descritivo (exploratório, histórico, retrospectivo e prospectivo), com 140 estudos, seguido por 08 ecológicos, 07 epidemiológicos e 05 Manuais técnicos e publicações do Ministério da Saúde. As investigações sobre doenças crônicas foram mais frequentes, com 43 estudos, seguidas por estudos que objetivaram avaliar a implantação de políticas públicas e avaliação de serviços públicos de saúde com base nos dados do DATASUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Essa diversidade do uso da pesquisa em saúde foi evidenciada claramente nesse estudo, que identificou diferentes abordagens e métodos utilizados nas publicações, demonstrando a abrangência e a importância do DATASUS para as pesquisas no âmbito da saúde em múltiplas áreas e subáreas. Foi notado que o DATASUS é constantemente utilizado com fonte de dados para a realização de pesquisas no país para assuntos e temas de importância na saúde que vão da atenção básica até a alta complexidade hospitalar. Além de remeter à multifuncionalidade do DATASUS para o levantamento de informação sobre

saúde no Brasil, fica patente também que os sistemas de informação em saúde merecem uma atenção minuciosa e efetiva de todas as instâncias da saúde, para que a informação coletada por pesquisadores, usuários, profissionais de saúde e de outras áreas, gestores e população em geral, sejam fidedignas e retratem realmente a realidade do contexto de saúde, garantindo assim a veracidade das informações e a democratização da informação em saúde no Brasil, como proposto pelo Sistema Único de Saúde.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEXUAL DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS NO BRASIL

Fabiane Soares Gomes, Inês Dourado, Sandra Brignol, Lígia Kerr

Palavras-chave: Gay, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Serviços de Saúde, Assistência Ambulatorial

APRESENTAÇÃO: A população de Homens que fazem sexo com homens apresenta elevado risco de exposição ao HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis devido às características das práticas sexuais e do comportamento sexual, sendo, portanto, considerada uma das populações-chave para epidemia do HIV e que tem apresentado elevada incidência de outras DST's. No entanto, o acesso aos serviços de saúde tem sido problemático devido ao preconceito e discriminação comumente vivenciados por eles, inclusive por parte dos profissionais de saúde. E, por consequência, as experiências negativas nas unidades de saúde se conformam como obstáculos para viabilizar o acesso a cuidados integrais e tratamentos, em função do medo e discriminação cometidos. Portanto, é indispensável que o atendimento aos que acessam os serviços de saúde seja de qualidade e o aconselhamento pós-

diagnóstico de HIV/DST, efetivo, de modo a promover ações educativas que visem à prevenção de novas infecções, detecção precoce e tratamentos efetivos. Além disso, é necessário pensar e apoiar estratégias que visem conter o preconceito e discriminação tão presentes na sociedade, que, por vezes, influenciam nas condutas dos profissionais de saúde e na assistência prestada a esta população. Ademais, é de grande importância para a Saúde Pública garantir que as ações próprias do aconselhamento sejam realizadas efetivamente, de modo a evitar novas infecções e romper com a cadeia de transmissão, logo, viabilizar o controle destas doenças. Desta maneira, este estudo tem por objetivo investigar os aconselhamentos prestados a HSH com sintomas de DST's que acessaram diferentes serviços de saúde.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo de corte transversal, multicêntrico, realizado em 10 cidades brasileiras, Brasília, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Itajaí, Manaus, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e Santos, nas quais foram realizados inquéritos comportamentais com Homens que fazem sexo com homens, maiores de 18 anos. A técnica de recrutamento utilizada é o RDS – Respondent Driven Sampling – que consiste numa amostragem tipo “bola de neve”, por ser bastante eficaz para populações de difícil acesso. Neste, os participantes convidam outras pessoas elegíveis à pesquisa a partir de sua rede de contato, sendo as primeiras – denominadas sementes – escolhidas de modo não aleatório pelo grupo de pesquisa de modo a obter um grupo heterogêneo e bem representativo. A coleta dos dados foi feita por meio de questionário eletrônico padronizado e testado, em um local de conveniência do participante ou num espaço específico do estudo em cada município. E para a análise dos dados foi utilizado o software STATA 12, no qual foi feita análise descritiva das variadas e

associações bivariadas entre diferentes serviços de saúde e algumas orientações aconselhamento pós-diagnóstico de doença sexualmente transmissível a partir do teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando nível de significância 5%. Para tanto, foram considerados os 483 homens que apresentaram pelo menos um sintoma de DST e que procuraram algum serviço de saúde.

RESULTADOS: Neste estudo foram avaliados os aconselhamentos prestados aos HSH que procuraram um serviço de saúde após apresentarem algum sintoma clínico característico de doença sexualmente transmissível (DST) – tais como verruga, feridas, corrimento ou bolhas no pênis –, seja no posto de saúde, hospital público ou hospital/clínica particular. Dos 483 entrevistados, 256 (53%) foram atendidos nos postos de saúde, 124 (25,7%) em hospitais públicos e 103 (21,3%) em hospital e/ou consultório particular. Alguns aconselhamentos são indicados nos casos de diagnóstico de alguma doença sexualmente transmissível, dentre elas a orientação quanto à necessidade de uso de preservativo durante as relações sexuais; comunicar aos parceiros sobre a doença e a necessidade do tratamento; e orientações para realizar testes de HIV e sífilis, como meio de aproveitar a oportunidade e identificar outras DST's comumente associadas. Do total dos participantes, 84% receberam orientação quanto o uso de preservativo nas consultas, sendo tal procedimento maior nos hospitais e consultórios particulares, chegando a mais de 90% nos clientes atendidos, seguidos dos postos de saúde e hospital público, com 84,4% e 78,2%, respectivamente. E as diferenças na proporção do aconselhamento quanto o uso de preservativo nestes três serviços de saúde foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Ao se questionar se haviam sido comunicados quanto à necessidade de informar aos parceiros sobre a doença, como

também a importância do tratamento, cerca de ¾ dos entrevistados indicaram terem sido orientados, sendo tal proporção semelhante nos três serviços estudados – 75,8% nos postos de saúde, 74,2% nos hospitais públicos e 73,8% nas clínicas/hospitais particulares. Quanto às orientações para o teste de sorologia de HIV, houve evidências estatísticas ($p < 0,05$) que indicaram diferenças importantes entre os grupos. 72,3% dos atendidos em postos de saúde foram orientados a fazer o teste, enquanto que nos hospitais públicos esta proporção se reduz a 67,7% e nos consultórios e hospitais particulares a 57,3%. O semelhante não ocorre quanto às orientações para o teste de sífilis, que não apresentaram diferenças importantes: do total dos HSH, apenas 59,6% foram orientados a investigar a sorologia, sendo esta proporção maior nos postos de saúde, em que 62,9% declararam terem sido informados, enquanto que nos hospitais públicos foram 58,1% e no outro apenas 53,4%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O controle da epidemia de HIV/AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis coloca para os serviços de saúde grandes desafios, dentre eles a promoção de ações educativas e medidas de prevenção efetivas. Ainda, enfrentar questões como acesso aos serviços de saúde – que sejam resolutivos e de qualidade –, e combate a todos os tipos de discriminação, constituem-se em exercícios indispensáveis para modificar este quadro social. Deste modo, grandes esforços devem ser direcionados a fim de melhorar a assistência aos sujeitos que apresentam DST's e, principalmente, reduzir as perdas de oportunidades para diagnóstico e tratamentos oportunos, a partir da promoção de ações educativas, de controle e prevenção de novas infecções em todos os níveis assistenciais a partir dos aconselhamentos. Sem perder de vista que há a necessidade de abordar questões como estigmas sociais e preconceitos, que acabam

por acentuar a vulnerabilidades de grupo populacionais que não atendem ao padrão heteronormativo. O efeito de intervenções educativas não é questionável, embora não possa ser garantido mudanças efetivas de comportamento. Entretanto, é comprovado que ações educativas em saúde podem, de fato, orientar e empoderar os indivíduos nas escolhas sobre seu próprio cuidado. Logo, não é concebível que orientações próprias do aconselhamento sejam desconsideradas, esquecidas, dado a grande importância delas para o controle da epidemia de HIV e de outras doenças.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Rosana Alves de Melo, Sinara de Lima Souza, Ana Kariny Costa Araújo

Palavras-chave: Violência doméstica, Criança, Adolescente, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A violência é considerada um fenômeno complexo, que se manifesta de diversas formas, em diferentes contextos, e tem o potencial de causar dano capaz de afetar a saúde individual e coletiva dos envolvidos. Nesse contexto, quando analisamos os eventos violentos, vemos que os mesmos provocam diversas consequências, sendo essas capazes de devastar, em maior ou menor grau, a vida de quem a sofre. Assim, levando em consideração as múltiplas facetas da violência, podemos afirmar que, devido a diversos aspectos, as crianças e os adolescentes estão incluídos entre os grupos humanos mais vulneráveis aos eventos violentos e muitas vezes estes ocorrem no contexto familiar, caracterizando-se como um problema de grande relevância social e científica. Essa particularidade se dá devido ao fato desses

grupos encontrarem-se em um processo de crescimento e desenvolvimento mais intenso, e com características peculiares. A violência que ocorre em casa é denominada de violência doméstica, e a mesma tem sido objeto de reflexões e pesquisas na área da saúde, por hoje em dia, serem os profissionais dessa área os primeiros a terem contato, na maioria das vezes, com as vítimas diante das sequelas visíveis, e às vezes invisíveis, e por se constituir em um fenômeno que necessita de prevenção, detecção, intervenção e tratamento, de acordo com cada situação. Esse fenômeno é considerado uma problemática cultural, pois está fortemente presente nas relações familiares desde a antiguidade, apesar de toda difusão da informação a respeito desse fenômeno, e ocorre em qualquer contexto, independente do nível socioeconômico, e quando praticada contra crianças e adolescentes é conhecida como vitimização ou síndrome dos maus tratos infantis, e pode ser classificada como física, sexual, psicológica e negligência. Nesse sentido, todos profissionais envolvidos com a assistência em qualquer nível, devem tomar rapidamente as providências necessárias diante de casos suspeitos ou confirmados de violência, para impedir que o problema se agrave, a ponto de causar a morte da vítima ou do agressor. O enfrentamento da violência requer estratégias bem definidas e que tenham participação da sociedade, dos profissionais e dos gestores públicos, principalmente quando envolve crianças e adolescentes. Nesta perspectiva, levando em consideração os aspectos que envolvem crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, bem como a importância de um atendimento de enfermagem que contemple as necessidades sociais e de saúde desses indivíduos, esse estudo objetivou analisar a produção científica nacional e internacional, acerca dos aspectos que envolvem a assistência de enfermagem a crianças e adolescentes

em situação de violência doméstica. Dessa forma, foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais informações podem ser encontradas nas publicações científicas nacionais e internacionais acerca da assistência de enfermagem a criança e adolescente em situação de violência doméstica? MÉTODO: Revisão Sistemática da Literatura, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico no período de 2008 a 2014. Realizou-se uma busca através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2015, onde foi empregado os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) Violência Doméstica; Criança; Adolescentes; Enfermagem, resultando, inicialmente em um total de 74 artigos originais. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: I - artigos originais (pesquisa ou revisão); II - artigos publicados em português, inglês ou espanhol; III - resumos com objetivos, métodos, e resultados claramente definidos no texto; IV - artigos cujos resultados abordassem os aspectos que envolvem a assistência de enfermagem a crianças e adolescentes em situação de violência doméstica. Ao ser estabelecidos os critérios de inclusão, foi realizada uma filtragem das 74 publicações encontradas inicialmente, resultando em 29 artigos para a revisão, tomando como base os resumos. Após a leitura dos resumos foram excluídos 17 artigos que não preencheram os critérios de inclusão. Dessa maneira, restaram 12 artigos incluídos nessa revisão, analisados na íntegra, contemplados nessa Revisão Integrativa da Literatura. Foi feita a leitura exploratória seletiva, analítica e interpretativa desses artigos, para que fosse iniciada a discussão dos dados encontrados. A base de

dados que continha o maior número de publicações e que foram selecionados foi a LILACS (08), seguida pela BDENF (03) e a MEDLINE (01). RESULTADOS: É sabido que o enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde, tem atribuições importantes na prevenção e combate das diversas formas de violência contra crianças e adolescentes, que vai desde a identificação e diagnóstico do problema, passando pelo planejamento e implementação de medidas e chegando a assistência de enfermagem que consiga satisfazer às expectativas e necessidades dos indivíduos e que mostre resultados satisfatórios no manejo do problema. Foi observado que mesmo tendo um papel importante na equipe de saúde, o enfermeiro ainda não consegue conceituar os aspectos da violência doméstica contra crianças e adolescentes, e a partir daí, não se reconhece como protagonista no enfrentamento desse problema. Na maioria das vezes isso se deve ao fato de esse profissional não possui conhecimento técnico-científico que possa embasar suas ações diante dos casos, decorrente de uma formação acadêmica deficiente e falta de capacitações nos serviços. Pudemos perceber que a dificuldade enfrentada pelos enfermeiros para acolher e atender crianças vítimas de violência doméstica nos diversos contextos decorre não apenas da má formação profissional, mas também da vivência da violência doméstica contra crianças e adolescentes no ambiente de trabalho sem apoio de serviços de referências bem estruturados; a falta de organização/protocolos dos serviços de saúde que assistem os indivíduos; e também a desarticulação entre os próprios membros da equipe de saúde que compõem o serviço. Constatou-se também a pouca atuação multiprofissional nas escolas infanto-juvenis, no manejo das diversas formas de violência possíveis de ocorrer nesses ambientes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Torna-se fundamental que as instituições

formadoras e os serviços se preocupem em incluir, no processo de formação e capacitação desses profissionais, conteúdos que lhes permitam mais assertividade diante do problema da violência doméstica, no sentido de proporcionar uma reorganização das práticas assistencialistas que devem ser focadas nas necessidades dos indivíduos e de suas famílias, visando à prevenção e combate da violência. As escolas, enquanto instituições formadoras, devem oferecer estratégias de prevenção, reconhecimento e combate da violência entre os estudantes, como forma de quebrar esse ciclo. Para que haja um atendimento eficiente e eficaz por parte dos profissionais envolvidos na atenção da criança/adolescente em situação de violência doméstica que adentrem os serviços de saúde, faz-se necessário um compromisso das instituições da rede e que haja a implementação de protocolos de atendimento que definam claramente o papel de cada membro, instituição, órgão, setores da sociedade e profissionais no atendimento e prevenção da violência, para que assim se construa uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações. Dessa forma, os profissionais terão respaldo para uma abordagem ampla e integralizada no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, favorecendo uma mudança na forma de conduzirem os indivíduos e suas famílias dentro desse ciclo, o que resultará na implementação de medidas resolutivas que favoreçam a resiliência dos mesmos.

ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

Emanoel Avelar Muniz, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Maria Ribeiro Lacerda, Eliany Nazaré Oliveira

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Assistência domiciliar, Saúde do idoso

APRESENTAÇÃO: A Atenção Domiciliar (AD) ao idoso na Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma possibilidade de ampliação da integralidade na atenção à saúde e vem provocando mudanças na prática dos profissionais devido ao grande número de idosos e familiares/cuidadores que necessitam de atendimento no domicílio e não se sentem amparados pelo sistema/equipe de saúde. O cuidado domiciliar pode ser uma alternativa para que a autonomia do indivíduo e família se concretize e o suporte aos cuidadores representa um novo desafio para o sistema de saúde brasileiro. O espaço domiciliar é potente para promover a reflexão das relações usuários/trabalhadores de saúde no cenário de saúde intradomiciliar. Assim, decorre a necessidade de refletir sobre como está organizado o cuidado às famílias na AD de idosos com comprometimento funcional no contexto da ESF de Sobral, Ceará a partir da perspectiva dos profissionais. **MÉTODO:** Esta pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo exploratória, o campo de pesquisa foi quatro Centros de Saúde da Família (CSF) da macroárea II na sede do município de Sobral, principal cidade da região Norte do Ceará. Foi escolhida a macroárea com o maior número de idosos de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2013. A coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015. Os sujeitos do estudo foram vinte e oito profissionais da equipe mínima da ESF, sendo quatro enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e vinte e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para a coleta de informações foram realizados quatro grupos focais, um em cada CSF envolvendo de seis a nove profissionais de diferentes categorias. A proposta de análise do material escolhida foi à codificação

temática segundo Uwe Flick (2009). Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos obtendo a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). **RESULTADOS:** A partir do discurso dos profissionais buscou-se descrever a organização e operacionalização da AD no âmbito da ESF. Foi identificado que o primeiro contato se dá com a família trazendo a demanda para o serviço, no qual a equipe procura se organizar para realização de uma visita domiciliar. Através dela avalia o estado de saúde do idoso e suas necessidades, elabora um plano de cuidados, Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou realiza encaminhamentos para outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) procurando manter um acompanhamento do idoso e família. Esse primeiro contato também pode se dar com a procura da família pelo ACS, por conta de sua proximidade com o território, para levar a demanda de AD para a equipe, gerando a informação, o qual comunica ao enfermeiro responsável por aquele território que busca conhecer o caso e dependendo da necessidade aciona o médico, na tentativa de resolver o problema de saúde do idoso, se a equipe mínima não obtiver um resultado satisfatório, cria-se um plano de cuidados para levar ao domicílio a categoria profissional que poderá contribuir nas necessidades do idoso e família. Foi destacado que a procura maior é pelo profissional médico, seguido do fisioterapeuta, assistente social e nutricionista e a importância destes profissionais no acompanhamento de idosos no domicílio, pois são pacientes portadores de agravos na saúde. A equipe reconhece que esses pacientes necessitam não apenas de uma Visita Domiciliar (VD) esporádica, mas de uma AD sistemática de acordo com as necessidades do paciente e capacidade da equipe. Nesse sentido, as VD

são realizadas mensalmente pelo ACS e de acordo com o estado de saúde do paciente, podendo se tornar constantes. Em algumas unidades de saúde existe a rotina da visita semanal ou mensal do auxiliar ou técnico de enfermagem para realizar a verificação de sinais vitais dos idosos e caso identifique alguma alteração comunica o enfermeiro responsável que também realiza uma VD para avaliar o estado de saúde do idoso e elaborar um plano de cuidados. Relatou-se também a transferência do caso do paciente pelo enfermeiro para outro profissional da equipe multidisciplinar sem sua prévia avaliação, simplesmente repassando as informações obtidas do ACS ou do auxiliar ou técnico de enfermagem. Sendo assim, os idosos domiciliados são avaliados pelo enfermeiro em média a cada três ou quatro meses, embora a equipe desejasse que essa avaliação fosse mensal. O enfermeiro realiza atendimentos no domicílio através do Programa de Hipertensão, prescrevendo medicações conforme estabelecido para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), além de solicitar exames laboratoriais quando necessário. Por conta da necessidade de renovação das receitas médicas a cada seis meses de acordo com o programa, as visitas médicas são realizadas semestralmente ou no caso de intercorrências. Em relação ao processo de trabalho da equipe no contexto da AD foi reforçada a questão das orientações a cuidadores e idosos buscando a qualificação do cuidado através do esclarecimento; a construção da multiprofissionalidade de acordo com a necessidade do idoso; a importância dos retornos; feedbacks entre as categorias profissionais para a continuidade da assistência e a realização das VD sem aviso prévio as famílias; buscando observar o cotidiano da estrutura familiar e o cuidado prestado ao idoso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto é necessário compreender as especificidades do cuidado domiciliar

no qual o domicílio se insere como espaço de atenção à saúde e local privado das pessoas, onde o profissional tem que pedir licença para entrar. Além da complexidade da execução da AD na ESF por conta da diversidade de ações programáticas, grande demanda de usuários, ausência de estrutura física e transporte dos serviços, profissionais despreparados para atender no domicílio, mas que possuem essa responsabilidade. É necessário refletir também sobre as ações intituladas de visita domiciliar, pois ela deve ter uma construção, para determinar uma AD o profissional precisa compreender e intervir na dinamicidade da estrutura familiar. Assim, é necessário que as equipes de ESF realizem um acompanhamento sistemático do cuidado ao idoso e família, com supervisão, pactuação de objetivos, metas e atribuições entre os envolvidos para que a família retome o seu papel como provedora de cuidados contando com a ajuda do sistema de saúde.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIAR AO PACIENTE ONCOLÓGICO E TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Honorato, Bruna Pedroso Canever, Julio Eduardo Pereira de Souza, Paulo Fernando Capucci

Palavras-chave: Atenção farmacêutica, Cuidados paliativos, Trabalho multiprofissional

APRESENTAÇÃO: O propósito da pesquisa foi a aplicação da Atenção Farmacêutica que se define como a participação ativa do farmacêutico para a assistência ao paciente na dispensação e seguimento de um tratamento farmacoterapêutico cooperando assim com o médico e outros profissionais da saúde a fim de conseguir

resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente e utilização dos cuidados paliativos domiciliar que consiste em ações na assistência promovida por uma equipe multiprofissional, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais juntamente com o trabalho da equipe de saúde multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) aos pacientes oncológicos pertencentes ao domicílio de Parelheiros-Região Sul de São Paulo e que são assistidos pelas Unidades Básicas de Saúde (Barragem, Nova América, Iporã e Marsilac) gerenciadas pela parceira Organização Social de Saúde Associação Saúde da Família (ASF) – Coordenação Sul. Após avaliação pelo setor de desenvolvimento e pesquisa da Supervisão Técnica de Saúde de Parelheiros (STSP) e Coordenação Regional de Saúde Sul (CRSS) e pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista (UNIP) unidade Vergueiro e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) está última em 21 de agosto de 2013, autorizaram o início da pesquisa a partir desta data, sob o número de protocolo CAAE n°00780613.5.3001.0086. A coleta de dados dos prontuários seguiu o seguinte cronograma: 01/09/2013 a 30/09/2013 e a finalização do trabalho em janeiro de 2014. METODOLOGIA: Foi realizada pesquisa retrospectiva de prontuários de 67 pacientes com doenças não curativas (oncológicos e acamados) e avaliação de resultados após aplicação da atenção farmacêutica a estes pacientes em visita domiciliar no período de seis meses (4/2012 a 10/2012) onde esta ação já é efetuada de forma contínua de acordo com as diretrizes de visita domiciliar e Atenção farmacêutica na Estratégia Saúde da Família. As informações verificadas foram a reconciliação medicamentosa, orientações em domicílio após a alta hospitalar, orientação sobre a forma correta de administração de medicamentos e

diluição e utilização de medicamentos via Sonda Nasogástrica, Nasoenteral (SNE), Entéricas (SE) e Gástricas (SNG) e as possíveis interações medicamentosas (fármaco/fármaco e fármaco/alimentos). Foi aplicado questionário junto aos profissionais: Nutricionista (2), Terapeuta ocupacional (2), Assistente social (2), Psicólogo (2), Enfermeiros (8), Auxiliares de enfermagem (16), Fisioterapeuta (2), Fonoaudiólogo (2) e Médico (9), envolvidos para verificação das dificuldades apresentadas durante as visitas domiciliares para uma boa continuidade do tratamento a estes pacientes. Foi efetuada a verificação no total 67 prontuários, onde 20 são referentes aos óbitos domiciliares e hospitalares e 47 prontuários dos pacientes acometidos por câncer e que estão em continuidade de terapia domiciliar acamados ou não, destes 2 pacientes vieram a óbito durante o período de pesquisa. Os pacientes são predominantemente adultos do sexo masculino (59,7%) e do sexo feminino (40,3%). A pesquisa foi realizada para verificação da aplicabilidade da atenção farmacêutica aos pacientes em tratamento oncológico domiciliar, que fazem acompanhamento na unidade hospitalar (UH) e que estão com uma classificação de estadiamento elevado ou em início de tratamento e que necessitam de cuidados paliativos domiciliares. Os dados foram obtidos a partir das observações dos prontuários dos pacientes e dos relatos apresentados pelos pacientes durante as visitas domiciliares (VD) realizadas entre os meses de Abril e Outubro de 2012 aos pacientes com doença oncológica acamados ou não acompanhados pela atenção farmacêutica da Estratégia saúde da família (ESF) com foco em cuidados paliativos. RESULTADOS: A aplicação dos cuidados paliativos na atenção básica ao nível domiciliar, ainda é um processo de desenvolvimento e adequação das ações utilizadas na ESF, o não conhecimento de alguns profissionais sobre o conceito dos cuidados paliativos resulta

em um não desenvolvimento adequado das ações voltadas a estes pacientes e que acaba acometendo uma sobrecarga aos cuidadores. Foram verificadas as principais manifestações clínicas de acordo com o tumor primário, frequência de visita domiciliar, óbitos relacionados à população de pesquisa, medicamentos utilizados na terapia oncológica domiciliar, resultados negativos relacionados aos medicamentos, dificuldades dos profissionais de saúde em relação à aplicação dos cuidados paliativos domiciliar. Com a atuação do farmacêutico nas VD a estes pacientes, foram observadas preocupações diferentes neste processo de tratamento oncológico. Em relação aos pacientes, apresentam o medo de lidar com o tratamento prolongado, com a dor e como lidar com a questão de vida e morte. Já os cuidadores e familiares se preocupam com as questões de oferecer um melhor conforto ao nível domiciliar, uma alimentação adequada baseando-se nas limitações deste paciente, a aquisição de medicamentos cedidos pelo SUS na atenção básica e outros programas e principalmente a administração dos medicamentos de forma correta. Em relação à aquisição de medicamentos pertencentes à listagem dos medicamentos de dispensação excepcional, foi observado que a maioria dos pacientes e cuidadores não tem conhecimento do processo para sua aquisição, onde muitos acabam despendendo suas escassas finanças na compra destes medicamentos em drogarias, mesmo quando no momento da alta da UH onde o paciente recebe os receituários com classes terapêuticas diversas e principalmente entre elas os opióides utilizados na analgesia, não recebem as devidas orientações de aquisição e somente conseguem sanar as dúvidas quando esta informação é passada pelos mesmos para a equipe multiprofissional, na maioria das vezes estas dúvidas são repassadas pelos pacientes e cuidadores aos Agentes Comunitários de Saúde e são encaminhadas

para o setor de farmácia da UBS, este processo que se enquadra na assistência farmacêutica. O farmacêutico efetua as devidas verificações junto ao protocolo de aquisição e orientação de preenchimento junto à equipe médica, após este processo de preenchimento dos formulários e demais documentos são entregues aos cuidadores e pacientes para encaminhamento as farmácias para retirada de medicamentos de dispensação excepcional. Em relação à atenção farmacêutica nos cuidados paliativos, foi observado que as orientações sobre administração correta destes medicamentos, nas suas diversas formas farmacêuticas, vias de administração, interações medicamentosas, utilização de SNG/E e verificação de efeitos adversos, resultam em uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e seus resultados acabam beneficiando os pacientes e cuidadores, após observarem uma diminuição no sofrimento do mesmo. A equipe multiprofissional efetua o processo de acompanhamento intrínseco a especialidade do profissional de saúde envolvido neste tipo de ação, foi possível observar que as necessidades dos pacientes oncológicos necessitam da atuação de uma equipe com fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, médico, dentista e enfermeiro, as intervenções de ambos profissionais favorecem em um amplo contexto resultados favoráveis aos pacientes e cuidadores, pois as orientações fomentam as expectativas de ambos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atenção farmacêutica aplicada em domicílio com equipe multidisciplinar, apresentou aos pacientes oncológicos e cuidadores informações que levaram a uma melhor adesão e entendimento ao tratamento medicamentoso, e, a partir das observações foi possível verificar resultados positivos e melhoras de parâmetros relacionados à qualidade de vida do paciente e qualidade de morte.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E APOIO MATRICIAL: OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Maria Luiza Marques Cardoso, Áquila Bruno Miranda, Mariana Soares de Freitas

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Matriciamento em saúde, Trabalho Interdisciplinar em Saúde

Compreender a complexidade do cuidado em saúde das diversas populações inseridas no território brasileiro tem permitido o desenvolvimento de estudos e práticas voltadas para os determinantes que influenciam o processo saúde-doença. Torna-se necessário romper com o modelo médico-hegemônico e buscar dispositivos de intervenção que também considerem os fatores econômicos, políticos, históricos e socioculturais. Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam-se como uma importante estratégia para garantir e fortalecer práticas democráticas, participativas e que possibilitem a autonomia dos sujeitos acompanhados pelos serviços de saúde (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, aprovada em 2011, aponta a UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e como responsável pela coordenação do cuidado. Essa política traz também a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para sua expansão, qualificação e consolidação. Com vistas a ampliar a resolutividade nas questões envolvidas na saúde de pessoas e coletividades, a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde propõe o uso de tecnologias de cuidado complexas e ações pautadas no trabalho em equipe e no território em que vivem as populações (BRASIL, 2012). Para a consolidação e aprimoramento da APS, o

Ministério da Saúde aponta a equipe multiprofissional como importante ferramenta de promoção e redirecionamento das práticas em saúde. Nesse contexto, a prática do matriciamento entre as equipes de saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apresenta-se como um dispositivo para a construção e o fortalecimento de práticas de cuidado orientadas pelo modelo interdisciplinar. Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência são resultados de uma proposta que apresenta uma nova metodologia para gestão do trabalho em saúde, com vistas a promover apoio especializado e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS, 1999, 2007). Esse novo arranjo é sustentado pela perspectiva da clínica ampliada e pela valorização da equipe interdisciplinar nos diversos campos de atenção à saúde. Conforme Cunha e Campos (2011), as primeiras experiências de apoio matricial ocorreram no ano de 1989, em dois dispositivos de saúde mental, localizados na cidade de Campinas/SP. Neles o processo de trabalho era estruturado nos moldes tradicionais de atenção à saúde, no quais predominava a prática clínica individual e sem interlocução com o território. Além disso, a fragilidade do diálogo entre os serviços de saúde mental e as unidades de atenção primária reforçava, através dos encaminhamentos de referência e contrarreferência, a lógica do cuidado fragmentado e uni profissional. A partir daí, surgiu a necessidade de expandir e descentralizar as ações dos serviços de saúde, por meio da criação de equipes multiprofissionais que prestavam apoio aos profissionais da atenção primária. O arranjo proposto por Gastão (1999) visa à organização dos serviços de saúde tendo como pontos de referência: um modelo de atenção mais singularizado, o potencial do vínculo terapêutico entre trabalhador-usuário, a corresponsabilização do cuidado

em saúde. Também, busca garantir que o profissional de saúde realize um acompanhamento longitudinal do processo saúde/enfermidade/intervenção. Desse modo, o autor apresenta uma matriz organizacional para o sistema matricial estruturada em dois eixos: o vertical onde se encontram as equipes de referência; e o horizontal, no qual os apoiadores matriciais ofertam diferentes tipos de ações que podem ser realizadas com uma concordância trilateral: da equipe de referência, do apoiador matricial e do usuário. A equipe de referência é entendida como aquela responsável pela condução do caso, seja ele individual, familiar ou comunitário. Ela é estruturada a partir de um conjunto de profissionais, de áreas distintas, que são fundamentais para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). É sua responsabilidade garantir o acompanhamento longitudinal e a construção de vínculo entre profissional e usuário. O apoiador matricial é um especialista ou uma equipe de especialistas que tem como função potencializar a atuação da equipe de referência, no que diz respeito à resolução de problemáticas de saúde. Para tanto, Campos e Domitti (2007) apontam três modos de integração entre apoiador matricial e equipe de referência: o atendimento compartilhado; o agendamento de atendimentos ou intervenções especializadas; os matriciadores podem estruturar espaços de formação e/ou troca de conhecimento, tendo em vista a reorientação das condutas adotadas. Contudo, a realidade dos serviços revela um cenário diferente das propostas acima. Diante do exposto, este trabalho visa apresentar uma pesquisa cuja questão-eixo pode ser assim colocada: Quais são os limites e desafios do processo de matriciamento na Atenção Primária à Saúde? A demanda pela pesquisa deu-se pela necessidade de conhecer e analisar os

obstáculos organizacionais que levam à produção e reprodução de práticas alicerçadas em modelos rígidos, fragmentados e uni profissionais. De fato, apesar das tentativas das Políticas Públicas, há importantes desafios que permeiam o processo de implantação do matriciamento dentro do modelo de saúde pautado na atenção integral e universal. Conforme Campos (2009) para se discutir o impacto do sistema matricial nos serviços de saúde é antes necessário refletir sobre as lógicas estruturais e ideológicas que sustentam as práticas tradicionais presentes nestes dispositivos. Sabe-se que os contextos institucionais são estruturados através de arranjos organizacionais que possuem múltiplas determinações, tais como: a cultura, a subjetividade dos atores envolvidos, a economia, a política e a história do território de atuação. Portanto, a construção e a inserção de novos modelos devem ser pensadas a partir de uma análise criteriosa das relações de poder e elementos socioculturais que sustentam as práticas tradicionais de atenção à saúde. Nesse sentido, nota-se que os serviços de saúde têm sido organizados a partir de relações e práticas hierarquizadas, fragmentadas e solitárias. Nesse contexto, cabe aos psicólogos “solucionar” os casos de saúde mental, aos fisioterapeutas intervir nos casos de dor crônica e reabilitação física, aos dentistas cuidarem dos dentes já cariados, aos assistentes sociais atender às inúmeras problemáticas socioeconômica da população, enquanto os enfermeiros e médicos devem cuidar das infinitas demandas espontâneas, doenças crônicas, dentre outros. Diante dessa realidade, o matriciamento pode ser uma alternativa para promover o encontro entre duas ou mais equipes com vistas à construção compartilhada e interdisciplinar do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Todavia, diversos estudos têm demonstrado a dificuldade de

promover o fortalecimento do apoio matricial no cenário das UAPS. Campos (1999) afirma que a busca pela construção compartilhada coloca-se como um desafio a ser pensado no cotidiano das organizações. Nesse sentido, este trabalho visa apresentar uma pesquisa em desenvolvimento sobre o cotidiano de matriciamento em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde localizadas no município de Betim-MG. Para a pesquisa, optou-se por um enfoque qualitativo conforme definido por Minayo (2010). Para identificar os limites e desafios do processo de matriciamento, optou-se pelo Grupo Focal, visto que ele faz emergir as diversas concepções e crenças relacionadas ao tema pesquisado, permite compreender os significados das experiências dos sujeitos em estudo, além de possibilitar uma análise acerca dos elementos sociais, culturais e históricos que perpassam a realidade investigada pela pesquisa (ALBANESI, 2012). O estudo buscou contemplar diferentes profissionais que realizam a metodologia do apoio matricial nas UAPS estudadas. A pesquisa, em desenvolvimento, tem com término previsto em janeiro de 2016. Com ela, espera-se contribuir para o aperfeiçoamento da prática do Apoio Matricial, com vistas a extrapolar as barreiras das especialidades e promover um campo transversal orientado pelo diálogo e a ampliação do conceito de saúde-doença.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Iluska Lopes Schultz, Carolina Mariano Pompeo, Débora Sakamoto Silva, Maria Auxiliadora de Souza Gerck, Cristina Brandt Nunes

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Violência Sexual, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública e constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos. A violência sexual trata-se da ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Considerando o exposto e a importância da enfermagem diante de tal situação, a questão que norteou o estudo foi: Quais as ações de enfermagem diante da violência sexual contra a mulher? **OBJETIVO:** Conhecer a produção científica existente nos últimos dez anos acerca da violência sexual contra a mulher e a atuação da enfermagem, disponíveis na forma online. **MÉTODO:** Trata-se de revisão integrativa literatura a respeito da temática da violência sexual contra a mulher e a atuação da enfermagem, realizada durante o mês de agosto de 2015. Para a seleção dos estudos foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde, sendo selecionadas as bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS) e do Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS). O período de publicação delimitado foram os últimos dez anos, de 2005 a 2015 e os descritores utilizados foram: violência contra a mulher, violência sexual e enfermagem, combinados com o operador booleano "AND", nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos que retrataram a temática, publicados na forma de artigo, com classificação Qualis Capes de A1 a B2, disponíveis integralmente, gratuitos, publicados em português, inglês e espanhol, em periódicos nacionais ou internacionais,

indexados nas bases de dados já referidas e com data de publicação entre 2005 e 2015. Foram excluídos os estudos que não atenderam os critérios acima e aqueles que se mostraram repetidos nas bases de dados. Resultados: Foram localizados 280 artigos, sendo 81 artigos na busca com os descritores na língua portuguesa; 117 com os descritores na língua inglesa e 82 com os descritores na língua espanhola. Após leitura do título e verificação da aderência à temática, considerando os critérios de inclusão, foi obtida uma amostra final de 15 artigos, sendo 11 em língua portuguesa, 1 em língua inglesa e 3 em língua espanhola. Destes, 12 (80%) estavam indexados na base de dados da LILACS e 3 (20%) na base de dados do IBECS. A maioria dos estudos foi publicada no ano de 2012, sendo 6 publicações (40%), seguida de 5 publicações em 2013 (33,3%), 3 publicações em 2011 (20%) e uma publicação em 2009 (6,7%). Quanto ao delineamento metodológico, 6 estudos (40%) são quantitativos transversais, 6 (40%) de abordagem qualitativa e 3 (20%) revisões de literatura. A respeito do país de origem, houve predomínio do Brasil, o qual foi responsável por 11 (73,3%) estudos publicados, seguido da Espanha com 3 estudos (20%) e Portugal com apenas um estudo (6,7%). Os estados brasileiros com maior número de publicações foram Rio Grande do Sul com 4 publicações (26,7%) e Bahia com 2 publicações (13,3%). Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraíba e Brasília foram responsáveis por uma publicação (6,7%) cada. O periódico de publicação predominante foi a Acta Paulista de Enfermagem, com 3 artigos (20%), seguida pelos periódicos Online brazilianjournalofnursing, Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem da UERJ e Enfermeira Global com 2 artigos (13,3%) cada e pelos periódicos Interface - comunicação, saúde, educação; Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste; Índex de Enfermaria e Saúde e

Sociedade com um artigo (6,7%) cada. Dos periódicos integrantes um possui Qualis Capes A2 (11,1%), 5 possuem Qualis Capes B1 (55,6%) e 3 possuem Qualis Capes B2 (33,3%). Dos estudos selecionados, 9 (60%) abordaram a atuação da enfermagem frente à mulher que sofreu violência sexual e 1 (6,7%) abordou as atitudes dos estudantes de enfermagem acerca do tema em questão. Os estudos que abordaram a prática da enfermagem demonstraram que a assistência prestada à mulher em situação de violência sexual não a compreende em seus aspectos biopsicossociais, o que conduz a uma assistência fragmentada, refletindo o despreparo profissional, inclusive dos gestores das unidades de saúde, para a identificação de mulheres em situação de violência conjugal e para o cuidado adequado, ficando as ações muitas vezes limitadas. Entretanto, ficou comprovado nos estudos que o enfermeiro, por ser gerenciador do cuidado e fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços, é um profissional-chave na assistência à mulher em situação de violência, além de existir dos enfermeiros um sentimento de revolta, conforto e carinho a essas mulheres, respeitando a decisão e o contexto em que as mesmas vivem, inclusive, o desejo de reabilitação com o companheiro. Dos demais estudos, 4 (26,7%) descreveram os diferentes tipos de violência sofridas pelas mulheres, incluindo a violência sexual neste contexto. A violência física mostra-se presente em mais da metade dos casos registrados e quanto à violência sexual há predomínio do estupro, o qual é praticado em sua maioria por desconhecidos ou por parceiros íntimos. Este último tipo de violência quando praticada por parceiro íntimo vem acompanhado muitas vezes da dificuldade de reação ou até mesmo da coerção moral da mulher, para que o ato sexual seja consumado. Por fim, um artigo (6,7%) relacionou a violência contra

a mulher ao poder, privilégio e controle masculinos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observou-se com a presente pesquisa o déficit de publicações focadas na violência sexual contra a mulher e a atuação da enfermagem diante da mesma. Os estudos estão voltados em sua maioria para as agressões físicas e aqueles que tratam das ações de enfermagem mostram-se pouco objetivos. Nesse sentido, há uma lacuna de conhecimento nessa área e há necessidade de mais estudos em todo o mundo que orientem as práticas da enfermagem no processo de enfrentamento dessa situação, levando em conta o contexto biopsicossocial da mulher. É necessário buscar a inserção da temática da violência na grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem, como também a reflexão sobre a importância da elaboração de estratégias de prevenção e de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com a sensibilização dos profissionais que primeiro atendem essas mulheres, a fim de contribuir, se não para o fim do ciclo da violência, ao menos para a sua redução.

ATUAÇÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM OLHAR PARA A SUBJETIVIDADE

Eoclésio Valdemor da Silva, Josenildo Cardoso Cavalcante, Vaniana Oshiro, Talita Martins Golf, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, ACS, Subjetividade

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho é uma descrição de experiência e faz parte do projeto de extensão acompanhamento e apoio técnico ao programa PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio de Processo de Gestão em Saúde I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera. O projeto foi realizado entre

os meses de abril e setembro de 2015 na Unidade Básica de Saúde (UBS) - nº29, localizada na Rua das Jaqueiras, S/N, Jardim Colibri, Dourados/MS, e abarcou o contato direto e escuta aos usuários na unidade, a participação nas reuniões quinzenais de equipe e o acompanhamento do trabalho de Agente Comunitário de Saúde (ACS) na unidade e durante visita domiciliar, dentre outros. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O trabalho de Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil teve início em 1991, nessa época não havia qualificação e nem regulamentação profissional. Em 2002 a profissão é criada em termos de lei, e revogada em 2006 para ser ajustada. A nova regulamentação da profissão ocorre pela Lei Nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. As atribuições dos profissionais ACS – e da equipe de saúde da família – são estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Algumas atribuições são específicas e outras comuns a todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2012). Dentre as várias atribuições específicas para os agentes comunitários, destacam-se o acompanhamento, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças e conforme o planejamento de equipe (BRASIL, 2012). A UBS 29 é subdividida por seis microáreas e possui cinco ACS, cada um responsável por aproximadamente 150 famílias. No entanto, além dessas famílias, as ACS se dividem para conseguir atender diversos usuários que requer sua atenção da microárea descoberta. Conforme Vasconcelos (1997) o trabalho de suporte que o ACS desenvolve nas equipes de saúde sinaliza que, além da sobrecarga com tarefas de sua atribuição, passa a ser “tapa-buraco” na ausência de outros profissionais na equipe. Os agentes enfrentam inúmeros

desafios para realizarem o trabalho, a exemplo da insatisfação do usuário com o serviço de saúde, sobrecarga de trabalho devido à falta de profissionais, equipamentos e condições insuficientes para dar seguimento ao trabalho, dentre outros. Nesse sentido Simões et al. (2007) coloca que quando não há um ambiente adequado e falta materiais pode acarretar em prejuízo na motivação dos profissionais. Para exercer a profissão de ACS é exigido residir na área da comunidade que atuar (BRASIL, 2006), o que pode acarretar numa extensão do trabalho à vida particular. Para Lunardelo (2004) o contato com a população gera intenso envolvimento pessoal e desgaste emocional para esse profissional. Com isso, os usuários recorrem aos ACS mesmo quando não estão no expediente, como em locais públicos ou em suas residências até na madrugada. Dessa maneira, eles continuam sendo agentes 24h, sem folga e sem final de semana. Assim, o espaço de trabalho se confunde com o espaço do viver particular e se torna público podendo acarretar em sofrimento psíquico adicional. Ao adentrar a casa do usuário, o agente carrega consigo a intimidade dos moradores, seu mundo privado e, conseqüentemente, novas relações permeadas de significados e sentimentos acontecem. Nesse contexto, a vida social do ACS ocorre no mesmo espaço que a dos usuários da unidade e suas atitudes se tornam de conhecimento de todos. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos com a experiência de estágio na UBS nº29 foram compostos pela oportunidade de conhecer a realidade de trabalho dos trabalhadores e profissionais que integram a equipe de saúde da unidade, especificamente o desenvolvido pelas agentes de saúde, que vai além do que está prescrito para sua atuação, identificando assim a carência de um olhar voltado para a subjetividade que permeia essa profissão. Além do mapeamento realizado na unidade pelos estagiários, as experiências foram

compartilhadas com outros participantes também envolvidos com o projeto e com representante da Secretaria Municipal de Saúde. Essa troca de experiências possibilitou o debate e a busca por ações resolutivas de questões apresentadas para cada realidade. Ademais, a convivência com as ACS da UBS nº29 estabeleceu uma importante relação de vínculo com os estagiários, o que possibilitou a utilização do processo dialógico (roda de conversas, acompanhamento na visita domiciliar e etc.) para expor situações complexas que enfrentam na profissão, inclusive questões de ordem pessoal que reflete no trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A obrigação de residir na mesma localidade de atuação, acarreta uma exposição excessiva e vários sentimentos permeiam a subjetividade do agente de saúde, que mantém profunda relação de pertença com a comunidade da UBS. Pois o espaço em que vive é o mesmo onde atua e as pessoas da sua realidade social são as mesmas para quem dirige as suas ações de cuidado (SPIRI, 2006). É importante ressaltar que o trabalho de agente comunitário não se restringe a decepções e frustrações, na maioria dos casos eles conseguem auxiliar o usuário da unidade da melhor maneira possível. A mesma fonte que ocasiona sofrimento é a mesma que gera prazer e reconhecimento por parte dos usuários.

ATUAÇÃO DE EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL

Adna Nascimento Souza, Ariádina Alves dos Santos, Fernanda Silva Fialho, Marcos Antônio Barros Lima, Maria José Santos Batista, Soelane da Silva Santos, José Linhares da Cunha Filho, Vitor Pachelo Lima Abreu

Palavras-chave: Atenção Primária, Violência Doméstica, Criança

INTRODUÇÃO: A violência doméstica contra crianças tem sido um fenômeno universal que ocorre em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, atingindo todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas, além de se constituir em uma realidade dolorosa, ao revelar os maus-tratos prestados no mundo intrafamiliar, traz prejuízos a curto, médio e longo prazos, tanto de ordem física como psicossocial que podem ser devastadores já que as experiências vividas na infância refletem na vida adulta (RAMOS; SILVA, 2011). O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) tem uma formulação muito clara sobre o papel dos setores de saúde e educação, tratand-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: identificar e notificar a situação de maus-tratos e buscar formas para proteger a vítima e dar apoio a família. Essa obrigatoriedade de comunicação é conhecida como “notificação compulsória”, que consiste na comunicação da ocorrência de determinada doença/agravo à saúde ou surto, feita as autoridades sanitárias, por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando as medidas de intervenção pertinentes. (FUJIMORI; OHARA, 2009). O reconhecimento das ações da equipe da estratégia de saúde da família frente aos maus tratos domésticos contra crianças e das medidas preventivas de atuação da equipe constitui-se imperativo para desconstrução dessa prática abusiva e grave. Esse estudo tem por objetivo conhecer a conduta da equipe da (ESF) na Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Rita diante da constatação de violência doméstica cometida contra criança. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo descritivo de caráter transversal. Realizado na atenção primária do município de Imperatriz-MA na Unidade Básica de Saúde do Bairro Santa Rita, que possui duas equipes de multiprofissionais composta por 21 profissionais de saúde, sendo: 2

médicos clínicos geral, 2 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A amostra foi composta por dez profissionais escolhidos de forma aleatória que aceitaram o convite para participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de abordagem direta aos profissionais na própria UBS. Foi utilizado um questionário estruturado, contendo questões sobre a percepção dos profissionais quanto à violência doméstica infantil e as condutas implementadas nesses casos, abordando os seguintes tópicos: tipos de violência identificados, procedimentos adotados após o diagnóstico e medidas profiláticas contra a violência doméstica infantil desempenhada pelo programa saúde da Família. Os princípios éticos foram respeitados. As informações coletadas foram tabuladas para construção do banco de dados no Programa Microsoft Office Excel 2007 com posterior análise estatística. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi observado que 70% dos profissionais percebem a existência de violência doméstica em uma criança por mudança de comportamentos e 30% responderam que percebem através de sinais de agressão física. Os agravos referidos foram comportamento negligente por parte da família, hematomas, arranhões e lesões cutâneas. No estudo de Assis e Veríssimo (2010) é apontado que a busca por evidências por meio de exames laboratoriais, exame físico, histórico do paciente, levam a identificação do diagnóstico e fatores relacionados ao problema propondo uma solução. Dos participantes 100% responderam que identificam com mais frequência a violência física, 50% reconhecem a violência psicológica e 40% citaram encontrar a violência sexual frequentemente. No estudo de Lise e Motta (2012) foi encontrado que a força física é uma forma pedagógica e corretiva, sendo essa uma característica da maioria dos agressores. Pode ser manifestação de um comportamento psicopatológico daqueles

que a praticam, como também daqueles que usam drogas e são alcoólatras. Também é consensual que a ausência de marcas físicas evidentes, como no caso da violência psicológica torna o diagnóstico mais difícil. Em relação ao procedimento adotado, após o diagnóstico de violência, 70% dos profissionais entrevistados encaminham os pacientes para o Conselho Tutelar e 30% fazem denúncias para a Polícia Civil. O profissional deve notificar as autoridades competentes (o Conselho Tutelar da localidade ou na sua ausência, a autoridade judiciária) tais ocorrências. Estabelece ainda penalidades aplicáveis aos profissionais de saúde e educação que descumprirem essa determinação legal. A notificação no caso de uma suspeita de violência é vital, uma vez que o silêncio dos profissionais configura-se como mais uma agressão, tendo função não só punitiva mas também preventiva (ECA, 1990) Com relação as medidas profiláticas da violência doméstica contra crianças, 60% dos profissionais entrevistados responderam atuar com palestras educativas e 40% afirmam fornecer orientação individual. Grosman e Mesterman (1998) afirmam que é necessário propiciar a informação e a capacitação por parte dos profissionais para os pais, a fim de que eles compreendam as necessidades e o comportamento de seus filhos nas diferentes etapas de seu desenvolvimento. O estudo de Saraiva et al. reafirma a importância da qualificação profissional no manejo clínico e psicológico como ferramenta para suporte adequado as vítimas e famílias atingidas, a fim de romper o círculo vicioso. **CONCLUSÃO:** Embora complexa, subdiagnosticada e subnotificada, a violência doméstica infantil é um agravo de saúde pública cada vez mais incidente no ambiente intrafamiliar. É possível constatar que as ações propostas pelos profissionais giram em torno da educação em saúde e da informação por meio de conversas com familiares ou grupos comunitários, que visam à prevenção de

novas situações de violência doméstica contra a criança. Conclui-se que mesmo que haja leis que garantem proteção e segurança à criança e ações da equipe da ESF como palestras na comunidade e aconselhamentos individuais, ainda há dificuldades em esclarecer sobre as diversas consequências na formação e estruturação da personalidade da criança. Vale ressaltar o papel de educador assumido por todos os profissionais da saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família promovendo apoio emocional a vítima e a família. Melhorar no atendimento com adequado suporte as crianças e famílias que sofrem com a violência, bem como maior atuação de todas as esferas envolvidas e ampliação da qualificação dos trabalhadores da saúde são essenciais para o combate à violência e promoção de saúde física e mental para essa população.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO TRABALHO EM ACIDENTES COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Aviner Muniz de Queiroz, Francisco Ariclene Oliveira, Margaret da Silva Almeida, Hilana Dayana Dodou, Elayne Cristina Mendes Martins, Tatiany Martins de Melo

Palavras-chave: Enfermagem do trabalho, Riscos ocupacionais, Exposição a agentes biológicos

APRESENTAÇÃO: Segundo Horvath (2010), o conceito legal de acidente de trabalho está definido no art. 19 da Lei nº 8.213/91 que caracteriza o acidente de trabalho como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade

para o trabalho. Neste cenário, os profissionais de saúde mais expostos ao risco biológico são aqueles que prestam uma assistência direta aos pacientes. Assim, a equipe de enfermagem, composta pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, é umas das principais categorias sujeitas à exposição por material biológico (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). Os acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais da saúde têm sido considerado um fator preocupante, por causarem prejuízos tanto às instituições, como também aos profissionais acidentados, além de apresentar risco de transmissão do vírus HIV, vírus da Hepatite B (6 a 30%), e o da hepatite C (0,4 a 1,8%). As exposições ocupacionais a material biológico podem acontecer por meio de lesões percutâneas, ou seja, perfuração ou corte da pele íntegra; e do contato de sangue, tecidos ou fluidos corporais potencialmente de risco com a mucosa ocular, nasal, bucal ou pele não íntegra (SAILER; MARZIALE, 2007). Essa exposição ocupacional compromete os aspectos físicos, emocionais, sociais e financeiros do trabalhador, podendo trazer repercussões psicossociais ao profissional acidentado, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho (DAMASCENO et al., 2009). Segundo Castro et al. (2010) para a prevenção de acidentes e redução dos agravos à saúde do trabalhador é imprescindível a participação do Enfermeiro do trabalho nos ambientes hospitalares, de forma a zelar pelo bem-estar físico e mental dos trabalhadores, e pela prevenção de riscos e acidentes de trabalho. Com isso o presente estudo torna-se relevante, uma vez que as pesquisas já realizadas demonstram que o conhecimento acerca dos fatores de riscos pelo profissional de saúde que desenvolve suas atividades no ambiente hospitalar poderá acarretar mudanças nas suas condutas e atitudes, tornando-os capacitados para realizar com

mais eficácia sua prática profissional. **OBJETIVOS:** O presente estudo tem como objetivo geral conhecer a atuação do enfermeiro do trabalho na prevenção e condução de acidentes com material biológico nos ambientes hospitalares. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Segundo Gil (2010) a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto. A pesquisa foi realizada durante o período de novembro de 2014 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados no período de 2003 a 2013; no idioma português; artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise de forma gratuita; artigos relacionados à temática do estudo, onde foram encontrados 101 artigos, dentre os quais somente 15 atenderam aos critérios de inclusão e foram utilizados para o estudo. A coleta de dados da pesquisa foi realizada com o intuito de extrair as principais informações dos estudos analisados. Para a análise desses estudos foi realizada uma leitura minuciosa e aprofundada de todos os 15 artigos, levando em consideração a temática do estudo, os objetivos, o tipo de artigo e os referenciais utilizados, para logo em seguida ser construído um fichamento para ponderar esse conjunto de informações. As temáticas que surgiram da análise dos estudos foram organizadas em categorias, e apresentadas na discussão. **RESULTADOS:** Através da análise dos 15 artigos encontrados foi possível identificar e delimitar os temas relacionados aos riscos ocupacionais aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos no exercício da sua profissão, bem como evidenciar qual a atuação do

enfermeiro do trabalho na implantação de medidas de promoção e prevenção de acidentes com material biológico. De acordo com Monteiro e Bertagni (2012), o acidente de trabalho é definido como o ocorrido durante o exercício do trabalho ou no trajeto a serviço da empresa, o qual provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Já a saúde ocupacional ou saúde do trabalhador refere-se à promoção e à preservação da integridade física do trabalhador durante o exercício de sua função, detectando por meio da abordagem de prevenção, rastreio e diagnóstico precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008). A enfermagem é considerada uma profissão de risco devido à exposição à qual o profissional se submete diariamente, comprometendo sua saúde e desencadeando um grande número de acidentes em serviço e de doenças ocupacionais. Entretanto, dentre os fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes com exposição a material biológico os principais são: número insuficiente de funcionários, sobrecarga de trabalho, rodízio de turnos dos plantões noturnos, desgaste mental e emocional, condições físicas impróprias, faltas de capacitação profissional, exposição a substâncias tóxicas, exposição ocupacional, indisposição ou mau uso dos EPI's, condições inapropriadas de trabalho, ambiente de trabalho. Diante disso, torna-se imprescindível a atuação do enfermeiro do trabalho tanto na prevenção de acidentes com material biológico, como no fluxo de atendimento aos trabalhadores que sofreram esse tipo de acidente, no intuito de evitar ou minimizar a exposição ocupacional e diminuir as consequências ocasionadas pelo mesmo. A seguir serão

apresentadas as duas categorias temáticas que surgiram com a análise dos estudos: Atuação do enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes com material biológico, e Fluxo de atendimento após acidente com exposição a material biológico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No presente estudo, chegou-se à conclusão de que os acidentes podem ser evitados ou minimizados com a utilização de equipamentos de proteção individual, cuidados no manuseio de materiais perfurocortantes, sangue, e fluidos corporais, e por meio da sensibilização e ensino dos profissionais quanto aos riscos a que estão expostos no exercício da profissão, e as medidas para a prevenção de acidentes. De acordo com os estudos, também deve haver concentração de esforços e recursos para mudanças no ambiente de trabalho, implementação de programas de prevenção e conscientização de práticas seguras e o fornecimento, de forma contínua e uniforme, dos dispositivos de segurança para todos os trabalhadores. O enfermeiro do trabalho assume um papel primordial em relação a esse assunto, sendo o principal responsável por informar, sensibilizar, educar e instruir os trabalhadores sobre os riscos a que eles estão expostos no seu ambiente de trabalho, e quanto às medidas de prevenção de acidentes, e adequado atendimento do profissional após a exposição a materiais biológicos, contribuindo assim para a segurança e qualidade de vida dos profissionais. Espera-se que os achados desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem a atuação do enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes, ajudando a elucidar as mudanças que são necessárias nas práticas dos profissionais e nas instituições de saúde, com vistas a reduzir o número de acidentes envolvendo material biológico e os danos ocasionados por estes à saúde dos trabalhadores.

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO E DISPONIBILIDADE DE SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL DE PESSOAS IDOSAS E SUAS IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS E CLÍNICAS

Leandro Silva Gomes, Angela Herminia Sichinel, Camila Sichinel Silva

Palavras-chave: idosos, suporte social, depressão, suporte familiar

INTRODUÇÃO: Compreendendo que a população mundial está envelhecendo e considerando esse crescimento faz-se necessário o desenvolvimento de estudos e pesquisas com esta população, pois, a emergência e a consolidação do estudo do envelhecimento (gerontologia) é um dos principais eventos científicos da contemporaneidade. Este estudo descritivo, de corte transversal, orientado pelo método quantitativo em pesquisa foi desenvolvido por meio do enfoque teórico-metodológico previsto pela Avaliação Geriátrica Ampla AGA, com a aplicação de questionários semiestruturados como a escala de depressão de Yesavage e o inventário de suporte familiar e social por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e acadêmicos de psicologia que atendem os participantes do Projeto AMI, junto às dependências do Hospital São Julião, em Campo Grande – MS. O objetivo é avaliar as condições emocionais (presença de sintomas depressivos) dos participantes, avaliarem a disponibilidade e adequação de suporte familiar e social, comparar os índices de hipertensão com o suporte familiar e social e comparar se há variação do escore de suporte familiar e social em relação à escala de depressão. **MÉTODO:** De acordo com Villas Boas et al (2012), a avaliação do paciente idoso, utiliza-se a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que é basicamente interdisciplinar,

objetivando um planejamento do cuidado e um acompanhamento em longo prazo dos idosos, com base em escalas e testes quantitativos, permitindo uma visão global do idoso. A partir da coleta dos dados obtem-se o escore de cada item analisado neste caso o suporte social e a escala de depressão, após esses números são comparados pelo teste de coeficiente de correlação de Pearson no software Bioestat 5.0, apresentando resultados com IC maior que 95%. **RESULTADOS:** Houve correlação significativa entre a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e a Escala de Suporte Social nos entrevistados ($p=0,0009$). Os resultados demonstraram que quanto maior o suporte social 54,7% em mulheres menor a correlação com a depressão 14,54%, sendo 9,75% de índice de depressão para 54,6% dos homens com suporte social maior que seis (>6). Pacientes com menor suporte social tem maior probabilidade de desenvolver depressão, 16,03% das mulheres com escore menor que três (<3) resultaram em 47,5% de depressão. Dentre os homens 30,6% com escore menor que três (<3) resultaram em um índice de depressão de 34,7%. Houve correlação significativa entre a Escala de Depressão e o suporte familiar nos entrevistados ($p = 0,0424$). Quanto maior o escore de suporte familiar 69% em mulheres menor a correlação com índices de depressão 16,4%, sendo 15,8% de índice de depressão para 76% dos homens que apresentaram suporte familiar maior que seis (>6). Os pacientes com menor escore de suporte familiar têm maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos, 13,2% das mulheres avaliadas com escore menor que três (<3) resultaram em 35,7% de índice de depressão. Dentre os homens 12% dos avaliados com escore menor que três (<3) resultaram em um índice de depressão de 33,3%. **Discussão:** A amostra corresponde a 176 idosos com idade entre 58 e 97 anos, média de 71,27 anos

($DP=6,56$) sendo 57,9% do sexo feminino e 42,04% do sexo masculino. O estudo demonstrou que os idosos que recebem maior suporte social e familiar têm menores índices de depressão, ao mesmo tempo em que os pacientes com menor suporte social e familiar apresentaram os maiores índices de depressão. Nesta amostragem não se evidenciou nenhuma correlação significativa entre o suporte familiar e social com os índices de hipertensão, mas contrapondo-se com um maior índice de hipertensão em pessoas com suporte social e familiar moderado, ou seja, o suporte familiar e social não interfere consideravelmente nas condições clínicas do paciente, e sim nas condições emocionais e psicológicas dos pacientes entrevistados.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA

Fernanda Daniela Dornelas Nunes, Pedro Henrique Batista de Freitas, Jeizziani Aparecida Ferreira Pinto, Andréia Roberta Silva Souza, Richardson Miranda Machado

Palavras-chave: Esquizofrenia, Qualidade de Vida, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A qualidade de vida está relacionada com o bem-estar subjetivo e inclui componentes biológicos e psicológicos, como bem-estar emocional, consciência das próprias capacidades e incapacidades, possibilidade de sono adequado e descanso, energia, vitalidade e satisfação geral sobre a própria vida. Nas condições crônicas, entre elas os transtornos mentais, a questão da qualidade de vida torna-se mais evidente e complexa, sofrendo influência da duração e da gravidade da doença, dos efeitos colaterais dos medicamentos, bem como de eventos estressores que interferem no curso da

doença. As pessoas que possuem esses transtornos, notadamente a esquizofrenia, são culturalmente estigmatizadas, o que prejudica ainda mais o seu funcionamento social. A importância da avaliação da qualidade de vida em pessoas que possuem esquizofrenia tornou-se mais proeminente na última década, tendo em vista que a recuperação dos pacientes também inclui sua reintegração na família, ambiente de trabalho e vida social. Além disso, os esforços não devem apenas restringir-se à transição para a comunidade, mas também fornecer suporte para a manutenção da vida. Por conseguinte, a compreensão da qualidade de vida na esquizofrenia deve se referir à experiência humana total, em seus aspectos biológicos, psicossociais e ambientais. Paradoxalmente, o grupo de pacientes, que possui a forma mais grave de esquizofrenia, chamada de refratária ou resistente, é alvo pouco frequente de estudos sobre sua qualidade de vida e seus fatores associados. Apesar de não existir um consenso único e globalmente aceito, a esquizofrenia refratária pode ser caracterizada, quando não há melhora dos principais sintomas da doença após o tratamento com dois antipsicóticos de classes diferentes (sendo pelo menos um atípico), em doses adequadas, durante um determinado período de tempo (4 a 6 ou 6 a 8 semanas). Estima-se que cerca de 30% dos pacientes possuem a forma resistente e o tratamento de escolha é o uso do antipsicótico atípico clozapina. O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia refratária em uso de clozapina e seus fatores associados. Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, realizado na Região Ampliada Oeste de Minas Gerais. Participaram deste estudo 72 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária em uso do antipsicótico clozapina. O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos participantes foi a escala Quality of Life

Scale (QLS). Essa escala foi devidamente adaptada e validada para uso no contexto brasileiro, tendo recebido a sigla QLS-BR. Possui, em sua estrutura dimensional, um total de 21 itens, distribuídos em três domínios (social, ocupacional, e intrapsíquico e de relações interpessoais), que incluem informações subjetivas e objetivas relacionadas ao funcionamento e à sintomatologia do paciente nas 3 semanas precedentes à entrevista. Os escores 5 e 6 refletem uma qualidade de vida inalterada; a pontuação de 2 a 4 mostra um comprometimento moderado; e os escores zero e 1 indicam qualidade de vida muito comprometida. É considerada um dos principais instrumentos específicos de mensuração da qualidade de vida na esquizofrenia. A categorização da variável qualidade de vida baseou-se na classificação dada pelos escores, sendo dividida em qualidade de vida inalterada, comprometida e muito comprometida. No entanto, em função do quantitativo, quase inexpressivo, de participantes que apresentaram qualidade de vida inalterada, optou-se, por questões estatísticas, pelo agrupamento das categorias em qualidade de vida inalterada e comprometida. Para a coleta de dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais, foi utilizado um questionário estruturado, pré-codificado e padronizado. Para mensurar a lipoproteína de alta densidade-colesterol (HDL-c) e os níveis de triglicérides e glicose, que são critérios para a classificação de síndrome metabólica, foram retiradas amostras de sangue venoso da veia cubital do antebraço, após jejum de 12 horas. A análise foi feita no laboratório de bioquímica da Universidade Federal de São João Del-Rei/Campus Centro-Oeste Dona Lindu. A síndrome metabólica foi definida utilizando-se dos critérios do National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP-III), quando da presença de três ou mais dos seguintes fatores de risco: obesidade central

(circunferência abdominal >102cm em homens ou >88cm em mulheres); pressão arterial elevada (>130/85mmHg) ou em tratamento com anti-hipertensivo; hiperglicemia (glicemia em jejum >100mg/dL) ou em tratamento com hipoglicemiante; concentração elevada de triglicérides (>150mg/dL) ou em uso de medicação para reduzi-lo; HDL-c baixo (<40mg/dL em homens ou <50mg/dL em mulheres) ou em uso de medicação para HDL-c baixo. O processamento e a análise dos dados foram realizados, por meio do programa Statistical Package for the Social Science, versão 20.0. Na análise univariada, para avaliar os fatores associados aos resultados da escala QLS-BR, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, na análise de variáveis categóricas, e teste de Mann-Whitney, na análise das variáveis numéricas com distribuição assimétrica. Na análise multivariada, foi utilizado o modelo de regressão logística binária. Para entrada das variáveis no modelo, foi considerado um p-value < 0,20 na análise univariada. Utilizou-se o critério Forward, adotou-se nível de 5% de significância. Foi avaliada a estimativa do oddsratio (OR) ajustado com respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). O ajuste do modelo foi avaliado por meio da estatística de Hosmer-Lemeshow. De acordo com a análise dos dados obtidos nesta pesquisa a qualidade de vida esteve comprometida em todos os fatores e itens na escala global. Prática de atividade física, renda familiar e possuir filhos tiveram associação significativa com uma melhor qualidade de vida. Ter síndrome metabólica não influenciou nesse desfecho. Os resultados desta investigação têm implicações importantes para o cuidado do paciente com esquizofrenia refratária em uso de clozapina. A mudança do modelo de atenção à saúde com a consequente desinstitucionalização dos pacientes aponta para a necessidade do cuidado comunitário,

principalmente, no âmbito da Atenção Primária. Neste sentido, a avaliação da qualidade de vida torna-se um indicador essencial para o estabelecimento de planos de cuidados e políticas voltadas, principalmente, ao grupo de pacientes graves, que são os mais estigmatizados e desassistidos. Além disso, os resultados indicam fatores que podem estar envolvidos em uma melhor qualidade de vida neste grupo, o que pode ser um importante instrumento para o planejamento de ações baseadas nas necessidades reais dessas pessoas, com foco na reabilitação psicossocial. A mensuração da qualidade de vida em pessoas que possuem esquizofrenia reforça um resultado alarmante, considerando-se que parcela significativa dos estudos aponta para uma qualidade de vida comprometida, em menor ou maior grau. Essa investigação mostra que a avaliação da qualidade de vida indicou comprometimento em todos os domínios e itens da escala QLS-BR, o que é corroborado por outros estudos. No entanto, chama atenção o fato de nenhum item ter indicado comprometimento acentuado na qualidade de vida, levando-se em consideração que esta pesquisa envolveu pacientes graves. Provavelmente, o fato de os pacientes encontrarem-se estáveis e em acompanhamento ambulatorial durante a pesquisa tenha influenciado esse achado. Pessoas que apresentam a forma refratária da esquizofrenia geralmente trazem consigo um histórico de prejuízo considerável no afeto e, algumas vezes, até mesmo na cognição, o que não significa que sejam incapazes de compreender o que lhes faz bem e tomar decisões coerentes a seu contexto de relações. Evidenciou-se uma baixa qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia refratária em uso de clozapina. Praticar atividade física, renda familiar acima de três salários mínimos e possuir filhos foram associados à melhor qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE NA ÓTICA DO USUÁRIO

Michelline Freire Moraes, Eliane Chaves Queiros, Mirian Eunice Sartori, Neli de Fatima Graeff, Nilza Ritterbusch, Vergínia Rodrigues

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e a realização da visita domiciliar são de fundamental importância para a assistência prestada, criando vínculo com as famílias, buscando melhoria do serviço de saúde e consequentemente qualidade de vida das pessoas. A Visita Domiciliar é o principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família. O objetivo desse estudo foi descrever a percepção do usuário em relação à Visita Domiciliar realizada pelos ACS, no que tange: suas atribuições, importância de receber o ACS em sua residência, satisfação com a visita prestada, maneira com que o ACS conversa e aborda os assuntos, o número de visitas realizadas e se ele tira as dúvidas. Para atingir o objetivo proposto, foi realizado estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no mês de julho de 2015 e submetidos à análise de conteúdo. Cada ACS aplicou 30 entrevistas semiestruturadas em suas visitas mensais totalizando 150 entrevistados. A análise dos dados permite identificar que apesar da população considerar importante receber o ACS em sua residência e estar satisfeito com a visita domiciliar, ainda desconhece as suas reais atribuições e que algumas pessoas, apesar de reconhecerem o ACS como sendo da unidade de saúde, não estão familiarizadas com o termo. Para que a visita domiciliar seja bem-sucedida é fundamental que tanto o ACS como os usuários compreendam a finalidade dessa atividade. Constatou-se, a necessidade de melhor informar o usuário sobre as

atribuições dos ACS e sua apresentação, a fim de atender legitimamente ao que a ESF se propõe realizar.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Adna Nascimento Souza, Ana da Silva Arraes, Francisca Aline Arrais Sampaio Santos, Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Giana Gislanne da Silva, Víctor Pereira Lima, Thamyres da Silva Martins, Vitor Pachelle Lima Abreu

Palavras-chave: Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem

INTRODUÇÃO: O Núcleo de Apoio a Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde mediante a portaria GM nº 154/08, é uma proposta que tem por objetivo ampliar, o escopo, a abrangência e a resolutividade das ações da Atenção Primária em Saúde, com atuação integrada a dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Não se constitui de serviços com unidades físicas independentes ou especiais, ou de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, mas sim de auxílio às equipes de Saúde da Família. Recente e inovadora, a proposta do NASF encontra-se em fase de implantação, com desafios iniciais para o desenvolvimento total de suas intervenções. Por ser uma política atual, existe ainda um distanciamento entre os profissionais atuantes na ESF e as particularidades dessa abordagem, o que dificulta a compreensão sobre essa modalidade de atendimento. Este estudo tem por objetivo conhecer a realidade no município de Imperatriz- MA sobre o conhecimento dos profissionais de nível superior da ESF sobre o processo de trabalho do NASF em Imperatriz-MA.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo descritivo de caráter transversal. Realizado no município de Imperatriz-MA, em que estão cadastradas 47 equipes de saúde da família composta por no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e de 6 a 12 Agentes comunitários de saúde, podendo ainda compor a equipe os profissionais de Saúde Bucal. A amostra foi selecionada obedecendo ao critério de inclusão: ser profissional médico ou enfermeiro da equipe saúde da família em UBS da zona urbana. Os critérios de exclusão foram: atuando há menos de 12 semanas na UBS; profissionais em estado de férias ou licença de trabalho de qualquer natureza; profissionais que não se encontravam na UBS por pelo menos duas vezes no horário de trabalho no período de coleta dos dados; os que se recusaram a participar da pesquisa; declararam não possuir conhecimento sobre a atuação do NASF na UBS ou não entregaram o formulário, obtendo um total de participantes da pesquisa de: 25 enfermeiros e 05 médicos. O instrumento foi composto por vinte e três perguntas sobre avaliação do processo de trabalho do NASF. A coleta dos dados realizou-se por meio de uma abordagem direta na UBS em que atuam em horário de expediente. Os aspectos éticos foram respeitados, uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as disposições da Resolução 466/2013 foi entregue aos participantes. Este estudo possui o parecer substanciado do Comitê de Ética e Pesquisa nº 661.523. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010 de modo a permitir uma melhor visualização e o uso da estatística descritiva. **RESULTADOS:** Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a política do NASF, 90% dos participantes marcaram a opção correta. Em se tratando das especialidades do NASF que oferecem assistência as ESF, em sua maior parte (87%) são de Assistente

Social, contendo igualdade em termos de porcentagem o profissional fonoaudiólogo (87%), seguido do profissional de educação física (87%). O profissional menos frequente foi o terapeuta ocupacional com apenas 7% das repostas. Dos participantes, 10% não conheciam a política do NASF e não sabiam quais eram as especialidades que atendiam as ESF em que estavam inseridos. Quando questionados sobre já terem recebido alguma capacitação ou especialização sobre o NASF, 43% assinalaram nunca ter recebido algo do tipo, e somente 27% declaram que sim, dentre as instituições promotoras de capacitação citadas estão: Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) com 27% do total e o Departamento de Atenção Básica (DAB) com 27%. Sobre a atuação das equipes do NASF, 33% dos participantes afirmaram que atuavam nas UBS em um período que varia entre 1 a 3 anos. Sobre os dias de atuação do NASF na UBS, 87% afirmaram serem insuficientes, assim como também afirmaram serem insuficientes às especialidades contidas nas equipes do NASF. Quando questionados se a implantação do NASF na UBS trouxe alguma modificação de realidade na comunidade e na atuação da ESF, 90% afirmaram que sim, destes 53% acreditam que esta modificação se relaciona à maior resolutividade dos casos da comunidade, a melhor articulação e prática no cuidado aos indivíduos e 37% relatam o aumento de vínculo entre profissionais e usuários. As ações programáticas consideradas como as mais desenvolvidas pelos participantes foram: atividades/práticas corporais (77%). A ferramenta mais utilizada de forma eficiente pelo NASF foi o apoio matricial com um total de 30% de assinalações. No que se diz respeito ao processo de trabalho do NASF a maior dificuldade considerada pelos sujeitos foi justamente a falta de recursos humanos e financeiros (57%). **DISCUSSÃO:** Pontua-se neste estudo uma fragilidade

potencial de desconhecimento em relação aos profissionais entrevistados e inseridos na ESF acerca de uma política que estão cotidianamente envolvidos. Talvez, essa condição esteja relacionada ao pouco tempo de trabalho dos profissionais das equipes de ESF nas UBS - em se tratando de tempo, estes estão em período de 12 semanas a 01 ano (44%). Um significativo quantitativo de participantes apresentou a realidade de nunca terem recebido qualquer forma de capacitação sobre o NASF, o que pode justificar o desconhecimento desta política pelos entrevistados. Andrade et al. (2012) constatou em sua pesquisa a deficiência das iniciativas de atualização contínua aos profissionais da atenção primária. Em se tratando de ações programáticas em conjunto (UBS e NASF), as atividades físicas e/ou práticas corporais se destacaram, o que se justifica pela predominância do educador físico em relação às demais categorias profissionais nas equipes do NASF. Tais práticas utilizam a interação entre mente e corpo, proporcionando aos praticantes maior consciência da sua integralidade enquanto ser humano, aumentando a qualidade de saúde e de vida, promovendo saúde, prevenindo e auxiliando no tratamento de doenças (BRASIL, 2010). A avaliação da percepção da qualidade do NASF não utilizou nenhum parâmetro ou instrumento avaliativo, sendo baseada na experiência pessoal dos participantes. Vários sujeitos nessa pesquisa responderam que a atuação do NASF ainda é considerada como não ideal, sendo este um processo de construção. Almeida (2009), ao analisar o trabalho do NASF em um município de Minas Gerais, sinaliza que é necessário fazer ajustes no processo de trabalho dos profissionais envolvidos (ESF e NASF) para que se torne efetiva à realização de atividades características do NASF. **CONCLUSÃO:** Este estudo contribui para o conhecimento e percepção das necessidades

do local de estudo a partir do conhecimento do processo de trabalho do NASF na rede básica. Obtêm-se por meio deste um traçado da composição do NASF, com suas ações, planejamento e atuação, sendo que estas foram consideradas insuficientes quanto à quantidade e frequência com que são realizadas. Observa-se que o processo de trabalho do NASF é bastante complexo necessitando de novos estudos para traçar um diagnóstico discriminativo desta realidade, planejamento de ações resolutivas que minimizem as fragilidades encontradas, objetivando potencializar o processo de trabalho do NASF.

AValiação DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) NO ESTADO DE MINAS GERAIS: 2000 A 2010

Frank Jose Silveira Miranda, Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Saúde da Mulher, Serviços de Saúde comunitária, Gravidez

INTRODUÇÃO: O Ministério da Saúde preconiza em suas diretrizes gerais que a atenção obstétrica deve ter como características primordiais a qualidade e a humanização no atendimento. Com a intenção de validar estas ações foi instituída a Política de Humanização do Pré-natal, Parto e Puerpério junto à utilização da ferramenta do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL). **OBJETIVOS:** Avaliar e comparar a qualidade da assistência pré-natal entre as Gerências Regionais de Saúde (GRS) no Estado de Minas Gerais a partir da implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), no período de 01 de agosto de 2000 a 31 de julho de 2010. **MÉTODOS:** Trata-se

de um estudo transversal de abordagem quantitativa a partir da base de dados secundários que viabilizou a comparação entre as 28 GRS no Estado de Minas Gerais. Resultados: Os dados registraram que 11 GRS não conseguiram implantar o SISPRENATAL em todos os municípios de sua área de abrangência. No que tange ao percentual de gestantes inscritas que realizaram a primeira consulta em relação ao número de nascidos vivos, a GRS de Unai apresentou o maior percentual de perdas na captação de gestantes. Quanto às gestantes cadastradas no sistema após 120 dias da data da última menstruação, a GRS de Juiz de Fora apresentou 20% das gestantes inscritas fora do período, enquanto a GRS de Leopoldina apresentou a menor média. Quanto ao percentual de gestantes que não realizou no mínimo as seis consultas de pré-natal, a GRS de Patos de Minas deixou de acompanhar 83% destas gestantes inscritas, enquanto que a GRS de Teófilo Otoni apresentou a menor média deste indicador. A respeito das seis consultas de pré-natal e de todos os exames básicos, as GRS de Juiz de Fora e Patos de Minas apresentaram dados idênticos para a não realização deste indicador em 91% de gestantes inscritas. Em relação ao indicador de no mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, as GRS de Juiz de Fora e Patos de Minas não realizaram as atividades em 97% das gestantes inscritas. Quanto ao indicador das gestantes que receberam a segunda (2^a) dose ou a dose reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, a GRS de Juiz de Fora imunizou 66% das gestantes inscritas. Considerando o indicador de no mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e a 2^a dose ou dose reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, verificou-se que a GRS de Teófilo Otoni não logrou realizar todos os procedimentos em

98% das gestantes inscritas. Quanto ao indicador de no mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a 2^a dose ou dose reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, a GRS de Juiz de Fora deixou de realizar todos os procedimentos em 98% das gestantes inscritas. Em relação ao teste anti-HIV durante a gravidez, a GRS de Teófilo Otoni apresentou a maior média de realização do exame, 63%. As maiores médias de não realização do exame anti-HIV em gestantes estão localizadas nas regiões Centrais, Triângulo, Zona da Mata, Rio Doce, Norte e Sul do Estado. O indicador que considera a realização dos dois exames VDRL no período gestacional apresentou o maior índice de não realização na GRS de Uberlândia 89%, sendo a menor média identificada na GRS de Governador Valadares. Conclusão: Após uma década de implantação do SISPRENATAL a ferramenta apresenta baixo impacto quando considerado o seu aspecto assistencial, pois o cumprimento de metas e propostas mostrou-se aquém dos números desejados. A partir dos resultados foi possível verificar a necessidade de uma estruturação do pré-natal em todo o Estado de Minas Gerais no que se refere à ferramenta SISPRENATAL, objetivando a melhora de seus indicadores.

AValiação QUANTITATIVA DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EM UMA POLICLÍNICA NO MUNICÍPIO DE PARINTINS - AM, CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA

Yara Nayá Lopes de Andrade, Márcia Gonçalves Costa, Jéssica Anne Pereira Côrrea, Marina Teixeira Chaves Ferreira, Mayara Karolyne da Silva Alencar, Tâmile de Souza Vieira Machado, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Atenção Básica, Equipe Multidisciplinar, Diabetes e Hipertensão

Introdução: O Diabetes é uma das alterações metabólicas que mais frequentemente acomete a população, sendo motivo de grande preocupação para as autoridades e profissionais da saúde, uma vez que se não tratada e controlada pode resultar em alterações sistêmicas e mutilações. Desta forma, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, na atenção primária, o Programa HIPERDIA. O Programa HIPERDIA é considerado um instrumento desenvolvido para o acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, tendo como principal objetivo vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) de sua referência, realizando uma assistência contínua e de qualidade, fornecendo regularmente, de acordo com a prescrição médica, medicamentos gratuitos. Infelizmente, o número de pessoas acometidas pelo diabetes é alarmante, fato que tem ganhado espaço nas discussões sobre políticas públicas. A falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre o cotidiano dos usuários está, na maioria das vezes, relacionada com a ineficácia do tratamento. Desta forma torna-se imprescindível a identificação dos perfis dos clientes atendidos no programa HIPERDIA. **Objetivo:** Conhecer a quantidade de pacientes diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA da Policlínica Tia Leó – Parintins/Amazonas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa e utilização do método descritivo. O estudo foi realizado na Policlínica Tia Leó, localizada no município de Parintins-Am. A referida instituição conta com um quadro de 46 servidores prestando serviços de qualidade para a população, funcionando de segunda à sexta em dois turnos. O público alvo dos atendimentos são todas as pessoas da área de abrangência, de

qualquer faixa etária, bem como os usuários oriundos da zona rural. A população escolhida para o estudo foi pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA da referida instituição, realizando uma estratificação dos pacientes acometidos pelo Diabetes e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes. Foram analisados 504 prontuários, considerando o total dos pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA, isto é, hipertensos, diabéticos, hipertensos e diabéticos. Sendo desconsiderados, de acordo com os critérios de exclusão, somente os pacientes hipertensos, gestantes e indígenas, resultando em um quantitativo de 127 prontuários. O instrumento aplicado na pesquisa foi um formulário composto por variáveis de identificação sociodemográfica e informações específicas da patologia, elaborado pelos próprios pesquisadores. A coleta de dados foi realizada no período do mês de novembro de 2014, após a aceitação da Carta de Anuência destinada à Policlínica Tia Léo. Os dados coletados foram inseridos em banco eletrônico, utilizando-se planilhas do programa Microsoft Excel® 2013, em seguida as informações foram trabalhadas, inicialmente, por meio de métodos de análise descritiva e posteriormente, realizado o cálculo das frequências e percentuais estatísticos. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos. Este estudo obedece aos preceitos éticos que, de acordo com a Lei 466/2012 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), está isento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de um estudo realizado através da coleta de dados secundários não envolvendo, portanto, seres humanos. A Carta de Anuência foi encaminhada para a direção da Policlínica Tia Léo juntamente com o Termo de Compromisso e Utilização de Dados – TCU. Resultados: Dos 127 prontuários analisados, no que se refere aos dados sócio demográfico, notou-se a

prevalência de pacientes do sexo feminino (68 mulheres), bem como a faixa etária predominante sendo maior que 50 anos de idade. A maior parte dos pacientes (66%), foram classificados com o IMC entre sobrepeso e obesidade grau I. Em relação à assistência multiprofissional destinada ao atendimento dos portadores de DM, conclui-se que a maior parte dos pacientes são encaminhados ao nutricionista, ortopedista e dentista e, em menor proporção, alguns são encaminhados ao endocrinologista, médicos responsáveis pelo tratamento e cuidado aos distúrbios metabólicos. Cerca de 29% dos pacientes são encaminhados para o nutricionista, 21% para o ortopedista e 19% para o dentista. Também houve uma associação entre o bairro de maior prevalência de pacientes acometidos por DM com as baixas condições socioeconômicas das regiões de periferia do município nas quais se encontram esses pacientes, desprovidos de saneamento básico e acompanhamento educacional e informativo por parte dos profissionais de saúde daquela região. Em relação a essa variável observou-se que 31% dos pacientes residem no bairro Itaúna I, seguido de 27% que residem no bairro Djard Vieira e outros 17% residem no bairro João Novo. No que se refere ao tratamento da DM, 106 pacientes fazem uso de Glibenclâmid, outros 67 fazem uso de Metformina e os demais utilizam outros medicamentos com um percentual de menor relevância estatística, houve uma predominância dos hipoglicemiantes orais, como primeira escolha (glibenclâmid, metformina) e AAS, seguido do uso padronizado de insulinas. Quanto ao tempo de tratamento, 55% dos pacientes faziam uso de algum medicamento por um período de tempo entre 9 a 12 anos; outros 23% utilizavam entre 4 a 8 anos e 18% realizavam tratamento há menos de 3 anos. Considerações finais: Esta pesquisa possibilitou conhecer o quantitativo de

pacientes diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA da Policlínica Tia Léo – PIN/AM. Dessa forma, os objetivos propostos pelo presente estudo foram alcançados com êxito chegando à conclusão que, para promover a melhoria na qualidade de vida dos pacientes portadores do DM, é necessário que a equipe multidisciplinar desenvolva ações educativas e informativas, uma vez que é essencial que o cliente conheça a doença, para assim poder participar ativamente do processo de tratamento, adotando práticas de estilo de vida mais saudáveis. Assim, os autores sugeriram que, a partir do conhecimento proporcionado por esta pesquisa sobre o perfil dos clientes diabéticos, sejam realizadas atividades que possam aproximar o cliente dos profissionais de saúde, através da realização de rodas de conversas ou quaisquer outros tipos de ações educacionais em saúde, como atividades dinâmicas, demonstrações de hábitos saudáveis, distribuições de folders informativos, entre outras ações. Portanto, os autores consideram que para se restabelecer a qualidade de vida de uma pessoa, faz-se necessário não apenas o conhecimento da patologia e do tratamento medicamentoso, como também o conhecimento do perfil do indivíduo assistido, onde está incluído na sociedade, seu grau de instrução, seus medos e dúvidas sobre a doença que o acomete, etc. É importante que o cliente seja colocado como ator principal do processo de tratamento, e não como um simples especulador e executor de medidas repassadas por um profissional de saúde, que deve atuar como uma ponte para uma boa qualidade de vida. É necessário que a equipe multidisciplinar desenvolva ações educativas e informativas nesse processo de tratamento, na promoção de práticas de vida mais saudáveis.

CAMINHANDO COM O USUÁRIO-GUIA NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE PELA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – UMA PRODUÇÃO DE VIDA

Nereida Lúcia Palko dos Santos, Raquel Miguel Rodrigues, Nubia Garcia Vianna, Dayane Brichi de Moraes, Clara Oliveira Esteves, Jane de Carlos Santana Capelli, Lorena Fagundes Ladeia Vitoria-Regis

Palavras-chave: Política Pública, Deficiência Auditiva, cuidado em saúde

O trabalho em tela trata de uma análise preliminar vinculado a pesquisa “Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde” no sub-projeto “Análise Microvetorial de dispositivos normativos e legais relacionadas ao cuidado à saúde de pessoas com deficiência” (CEP parecer número 876.415 de 18/11/2014). O caso em análise se dá a partir do usuário-guia tomado a partir da AMADA (Associação Macaense do Deficiente Auditivo), com o reconhecimento de que a produção das redes de atenção à saúde não é apenas uma produção normativa, mas também uma produção micropolítica no sentido que trabalhadores, gestores e usuários as forjam e disputam, assim, como o usuário-guia, seguimos uma cartografia desses encontros em torno da produção de cuidado (1). A partir do recorte apresentado, formulamos o objetivo de conhecer o caminho produzido pelo usuário com deficiência auditiva para a construção do cuidado em saúde. O desenvolvimento da presente pesquisa toma a lógica de que “todos somos cartógrafos” (2; 3) nos lançando na aposta metodológica do usuário-guia como ferramenta de pesquisa. O usuário-guia ao nos possibilitar percorrer seus caminhos na rede de atenção à saúde, oferta uma

perspectiva da própria rede, em dobra de processos de construção e de avaliação do cuidado em saúde, multidimensionalmente. Assim, a equipe pesquisadora-trabalhadora-discente-preceptores do Pet-redes saúde auditiva, formula um campo reflexivo à luz do questionamento: Qual usuário mobiliza, incomoda, tensiona, etc. a rede de atenção à saúde? A partir dos encontros, para a elaboração da problemática em foco, emergiu o caso de “R”, caso que caminha pela rede formal, informal, interna e externa ao município de Macaé / RJ. O nomadismo do usuário do diagnóstico até conseguir um implante coclear é o que implicava a maioria dos trabalhadores/preceptores envolvidos, o que evidenciou esse caso como usuário-guia para a pesquisa. Assim, trata o presente de um estudo qualitativo, descritivo que utilizou como técnica de coleta de dados o grupo focal e a entrevista semiestruturada individual gravada em dispositivo eletrônico. Os dados foram transcritos e as narrativas dos participantes analisadas. Caminhos de “R”: N., mãe de Ré casada, do lar, natural do interior da Bahia, já era mãe de um menino de 8 anos quando engravidou de gêmeos. Por incentivo da avó materna de “R”, decidiu se mudar para uma cidade maior que pudesse contar com um Hospital, a família (marido e o filho) se mudaram para Itabuna, na Bahia. Aos sete meses de gestação, entrou em trabalho de parto. Os gêmeos nasceram por parto normal num Hospital de Itabuna e ficaram 2 meses internados. R. teve alta 3 dias antes do irmão. Ambos não realizaram o “teste de orelhinha”. O problema auditivo do R. fica perceptível para mãe algum tempo depois do irmão, que apresentou sintomas de atraso do desenvolvimento mais evidentes. Na busca por outras possibilidades de cuidado dos filhos, em 2009 “N” mudou para Macaé, os gêmeos, nesse momento, já tinham 01 ano de idade. Assim que chegou em Macaé, por indicação da cunhada, logo

agendou consulta com um neurologista no Centro de Especialidades Médicas para um dos gêmeos que, se apresentava “molinho” de acordo com a mãe. O diagnóstico logo foi feito, de “paralisia cerebral” e a mãe iniciou também a reabilitação no Centro Municipal de Reabilitação. Quando R. já tinha uns “dois anos e pouco” é que a mãe começou a perceber que havia algum problema com ele. Relata que R. não falava nada, já com dois anos, não falava nem mamãe nem papai, que só gritava e apontava. Ela o chamava e ele não olhava, “(...) achava até que era pirraça”. Então, a mãe decidiu levá-lo a uma fonoaudióloga no Centro Municipal de Reabilitação, local que seu outro filho (irmão gêmeo de R.) realizava fisioterapia. Porém, de acordo com a mãe: “toda fono que levava elas questionavam o porquê que ela estava levando o filho, que precisavam de um laudo”. Caminhando com “N” e “R”, fomos tomando dimensões da estrutura local, com centros de especialidades (des) conectados, a invisibilidade da atenção básica (AB), a baixa resolutividade do sistema de regulação, e da organização de fluxos a partir dos dispositivos normativos para o acesso. Para “N” e “R”, que buscam por uma “rede temática de atenção à saúde”, a rede que dê resolutividade à pessoa com deficiência, a AB não é o local procurado para nortear o caminho a ser percorrido, e concomitantemente a incipiência dos fluxos e conexões entre a AB e a rede de atenção à pessoa com deficiência ganha evidência na dimensão de barreira aos caminhos de “R” no sistema de saúde. No Centro de Especialidades o neurologista e o otorrino solicitaram o exame BERA para uma nova rota no caminho de “R”, a regulação municipal, buscada sem sucesso para o agendamento do exame, conseguido por “N” a partir de contatos na rede pessoal que foi construindo e no centro municipal de reabilitação. Após o exame, foram encaminhados para a AMADA, que

a partir da fonoaudióloga e do serviço social deslançou o encaminhamento para o implante coclear. Através da AMADA, “R” teve a inscrição realizada em três serviços: Hospital Universitário da UFRJ, Hospital das Clínicas de São Paulo - HC e Hospital de São José do Rio Preto. Ainda na AMADA, uma estação de cuidado que se formaliza em seu caminho, conseguiu subsídio para a viagem e hospedagem para o implante no HC. Neste percurso, a mídia local contribuiu na aquisição de recursos ao expor as necessidades financeiras para o tratamento de “R”. Nesse caminho, realizou o BERA, a aquisição de aparelhos auditivos, a preparação para implante coclear, culminando com o implante aos três anos. No caminho com “R”, seguimos pela rede de atenção à saúde e os pontos de barreira e acesso, como pelos espaços de formulação de um sistema de saúde na construção do cuidado. Destacamos a AB e a descontinuidade da formação de rede, incluindo o espaço da atenção especializada, como também da regulação, uma possibilidade de olhar para os arranjos micropolíticos do cotidiano (4), nos quais, apesar da existência de uma rede estabelecida: com Teste Auditivo Neonatal no principal Hospital Público e no Centro Municipal de Reabilitação; com regulação para realização de exames complementares e tratamento fora domicílio; com equipamento BERA disponível no Centro Municipal de Reabilitação; com parceira com a AMADA para reabilitação, é possível notar que o fato de existir oferta de serviços não é suficiente para a produção do cuidado quando a articulação não se efetiva como rede de atenção. Considerações Finais: A ideia de rede viva buscando outros espaços para além dos serviços de saúde, buscar alternativas para além dos protocolos a partir de conexões/encontros e produções não pertencentes a nenhum lugar específico da rede de serviços, possibilitando dar

mais visibilidade aos caminhos que o usuário percorre. Se por um lado, podemos observar uma necessidade ou sofrimento vivido pelo usuário, por outro os encontros, desencontros, barreiras e acessos, arranjos, negociações e “jeitinhos”, com o que podemos chamar de rede viva, pode ser constituída nos atos de inter-relacionamento com todo o aparato destinado a prover para si o seu cuidado (4). O caráter provisório que a rede viva nos remete, a busca de possibilidades de aprofundamento das características e movimentos micropolíticos, dados nos encontros de existências.

CAMINHOS DA SUBJETIVIDADE NO ACOLHIMENTO: ATENÇÃO À SAÚDE DE SOROPOSITIVOS COM BASE EM HISTÓRIAS DE VIDA

Rachel Batista Araújo, Carlos Botazzo, Fabiana Schneider Pires

Palavras-chave: acolhimento, HIV, histórias de vida

O alcance na universalidade e equidade na prevenção e no cuidado com pessoas vivendo com o HIV no Brasil é um grande avanço, expressando conquistas sobre preconceitos, estigmas e outras formas de exclusão. Tivemos por objetivo estudar o processo de trabalho realizado pelo profissional de saúde para o acolhimento e consulta adequados, realizados em profundidade, focando a escuta e a comunicação com o usuário; compreender e relacionar as subjetividades dos pacientes manifestadas pelas histórias de vida. A pesquisa desenvolve-se com profissionais e usuários do CRT Vila Mariana, em São Paulo (SP). Os profissionais submeteram-se a entrevistas semi-estruturadas, e os usuários tiveram entrevistas em profundidade, sendo estimulados a contar suas histórias de vida, como histórias patográficas, um

conceito proposto por Entralgo (1950) para captar as subjetividades de seus pacientes registrando o caso clínico como histórias de vida, em que suas histórias têm a ver com os seus processos de saúde-doença, o que seus acometimentos o potencializam na produção do cuidado com o próprio corpo; o que os enfrentamentos dos sujeitos produzem no seu território: família, trabalho e instituição onde são cuidados. Entrevistamos e observamos os processos de trabalho na instituição onde são cuidados. Entrevistamos e observamos os processos de trabalho na instituição para acompanhamento de quem é portador de HIV, também localizamos o paciente dentro da estrutura do CRT, o que a instituição oferece de bom para seus pacientes, em que medida a instituição e os percursos desses personagens se encontram e o que produzem para a vida cotidiana dos sujeitos e para as possíveis tecnologias de cuidado. Como foi proposto observar os potenciais e as limitações dos profissionais de saúde no acolhimento e na consulta, também utilizamos a observação não participante na consulta para análise da consulta realizada por cada profissional de saúde. A demora para início do tratamento ainda é realidade; profissionais não conseguem se reunir para praticar a interdisciplinaridade; há necessidade de acolhimento adequado enquanto o paciente espera o resultado; usuários ainda se envergonham e pedem “abertura” por parte do profissional na hora de relatar suas práticas sexuais.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: ADESÃO DAS MULHERES QUANTO AO EXAME CITOPATOLÓGICO

Gisetti Corina Gomes Corina Gomes Brandão, Lysianne Pereira Alves, Linderlandio Vasconcelos Lima, Mikaela Kaliny Gomes Barbosa, Maria Eliza Xavier Magalhães,

Vitória Regina Quirino de Araújo, Taciana da Costa Farias Almeida

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero, Esfregaço cervical, Saúde da mulherM

INTRODUÇÃO: O câncer de colo do útero é uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos. A prática de medidas preventivas para detecção e tratamento precoce deste tipo de câncer constitui uma medida essencial em se tratando da realidade sociocultural da população feminina brasileira. No Brasil, é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama e o câncer colorretal, com uma estimativa de 15.590 novos casos para 2014 e com taxa de mortalidade de 5.430 em 2013. Sendo assim, a adoção do exame citopatológico revela-se como medida preventiva de bons resultados na luta contra o câncer, além de que coexistem facilidade e abrangência da sua realização, visto que se trata de um procedimento amplamente espalhado pelas unidades básicas de saúde do SUS por todo o país, o que inclui a cidade de Campina Grande, na Paraíba. Todavia, mesmo com essa grande cobertura do sistema público de saúde para a realização do Papanicolau, evidencia-se uma postura de não adesão ou até mesmo de indiferença quanto à realização deste exame. **OBJETIVO:** Avaliar a não adesão das mulheres ao exame citopatológico em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **MÉTODO:** O estudo foi exploratório, descritivo, longitudinal retrospectivo, de série temporal, com abordagem quantitativa e caracterizado como pesquisa-ação. Assim, teve como campo de pesquisa a Unidade Básica de Saúde da Família Ricardo Amorim Guedes, Campina Grande-PB. Após a aplicação do cálculo amostral

o estudo contou com um total de 286 mulheres para a amostra com ampliação para 293 na coleta de dados. Este número foi dividido por seis microáreas totalizando 48 mulheres por micro área. Os dados qualitativos foram analisados seguindo a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo e os dados quantitativos foram avaliados através do Software Epi Info versão 3.5.2. **RESULTADOS:** A amostra foi ampliada através do sorteio aleatório dos prontuários de 293 mulheres, destas 3 (1%) haviam falecido, 6 (2%) realizavam o exame citopatológico em outro serviço não especificado, 60 (20,3%) realizaram o exame em serviço particular de saúde, 33 (11,2%) mulheres não foram comunicadas sobre a pesquisa pelo agente comunitário da saúde, 41 (13,9%) não residiam mais na área de abrangência da pesquisa, 16 (5,4%) negaram fazer parte do estudo, 22 (7,5%) possuíam plano de saúde, 20 (6,8%) trabalhavam em tempo integral diurno, 3 (1%) estavam em processo de adoecimento, impossibilitadas de comparecer a UBSF, 53 (18%) mulheres não compareceram a entrevista e não alegaram justificativa e 23 (7,8%) alegaram realizar o exame na ESF local e compareceram a entrevista. Assim, com base na caracterização sociodemográfica: das 293 mulheres selecionadas na amostra, possuíam entre 35 a 44 anos de idade (35,83%) e 45 a 54 anos (35,15%); das 23 mulheres que responderam os demais questionamentos sociodemográficos, 26,1% possuíam ensino fundamental incompleto; 26,1% ensino médio completo e 34,8% ensino médio incompleto. A maior parte das mulheres era casada 41,7%, possuindo renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, 47,8% e 34,8% preferiram não declarar a renda, 30,4% estão desempregadas e 34,8% mulheres não trabalham e nem estudam. Na análise do discurso das mulheres entrevistadas, foi verificado três temas que norteiam a não adesão das mulheres

ao exame citopatológico. O primeiro trata-se dos conhecimentos das mulheres sobre o Papanicolau, o segundo sobre as facetas existentes na procura pela prevenção do câncer de colo de útero (CCU) e o terceiro os motivos para a não realização do exame citopatológico. Dessa forma, os resultados nos mostraram que parte das mulheres possuíam conhecimentos sobre a prevenção e a importância do exame, no entanto, desconheciam a verdadeira utilidade deste, demonstrando um conhecimento equivocado. Nos discursos, foi possível observar quanto ao serviço, algumas fragilidades que influenciam diretamente na construção da saúde da mulher, como a falha no registro dos prontuários e no acolhimento, o que dificultou consideravelmente na busca ativa e efetiva dessas mulheres para a realização do preventivo. Além desses entraves referentes ao serviço, verificou-se também questões de ordem pessoal que influenciam na não adesão das mulheres ao citopatológico, como o medo, a vergonha e a falta de tempo. O achado desse estudo, referente à falha observada no registro dos prontuários, resultou na participação nas entrevistas de mulheres que estavam realizando o exame na UBSF. Seus discursos nos mostraram grande satisfação com o serviço e os profissionais. Em contrapartida, outra parte das mulheres alegaram grande descontentamento com o serviço local, o que as motivaram a buscar por outros serviços para a realização do exame. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados contribuíram para o reconhecimento dos profissionais sobre o conhecimento dessas mulheres em relação ao exame citopatológico e dessa forma auxiliar a inverter o quadro de não adesão destas ao preventivo. Fica claro que a prevenção do câncer de colo de útero perpassa por diversos fatores e, diante da análise dos resultados e da realização da pesquisa, foi possível constatar a necessidade de

um maior empenho das equipes de saúde da família quanto à realização de ações educativas em saúde, por se constituírem como uma estratégia de grande valia para sensibilização e informação da população feminina quanto ao cuidado com a saúde, e a prevenção do câncer de colo de útero, visto se tratar de uma neoplasia bastante comum entre as mulheres. Outra necessidade, percebida durante esse estudo, é o devido funcionamento das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, no que diz respeito, principalmente, ao acolhimento. A falta de acolhimento foi um dos motivos citados pelas mulheres que interferem na realização do citológico, sendo, portanto, um fator fundamental a ser levado em conta quando se objetiva um vínculo entre a usuária e o serviço de saúde, por ser tão importante para a relação contínua e intransferível, bem como o devido funcionamento da Atenção Primária. Diante de tudo que foi exposto, é essencial que haja ações de educação em saúde associadas a uma reorganização nas questões burocráticas do serviço e capacitação da equipe, desde a pessoa que vigia a unidade até o profissional responsável pela realização do exame, visando melhorar o atendimento de saúde, bem como minimizar ou eliminar constrangimentos e entraves presentes que influenciam na não adesão ao citopatológico.

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA NA HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL ESCOLA

Thiago Pereira Kovalski, Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Regina Helena Medeiros, Clenice Pudlo, Cristiani Sarro

Palavras-chave: Doença Renal Crônica, Fístula Arteriovenosa, Hematoma em Fístula Arteriovenosa, Hemodiálise

INTRODUÇÃO: A Doença Renal Crônica

(DRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, com deterioração bioquímica e fisiológica de todos os sistemas. Ela tornou-se um problema de saúde pública devido a crescente morbimortalidade e aos elevados custos para a manutenção nas terapias substitutivas existentes. A hemodiálise é um recurso amplamente utilizado que oferece melhor qualidade de vida, sendo que, para sua realização, é necessário que o paciente possua uma Fístula Arteriovenosa (FAV). Devido à necessidade de 6 punções semanais para o acesso vascular, o aparecimento de hematoma é comumente presente, dificultando a eficácia do tratamento hemodialítico que, por vezes, é interrompido, até que seja sanado. Tendo em vista que o hematoma em FAV é uma complicação relevante e, muitas vezes, a repunção no mesmo local, resulta também em hematoma, impedindo a qualidade do tratamento dos pacientes em hemodiálise (HD). A abordagem deste assunto torna-se importante, não só para aperfeiçoar a eficácia do cuidado de enfermagem, bem como, propor estratégias de melhorias no atendimento aos portadores de DRC que possuem FAV. No Brasil, atualmente há três técnicas de punção em FAV que podem ser realizadas, sendo que elas apresentam vantagens e desvantagens, devendo ser utilizadas de acordo com a estrutura da FAV de cada paciente como: punção em escada ou corda; punção em área e punção em botão e/ou casa de botão – buttonhole. Na punção em escada ou corda, a qual foi objeto deste estudo, às punções são distribuídas sistematicamente ao longo de todo o comprimento da veia arterializada. Cada agulha é inserida aproximadamente 2 cm acima ou abaixo do último ponto de punção, gerando o uso uniformizado do vaso onde os sítios de punção são alternados para evitar a formação de aneurismas e estenoses por trauma repetitivo da parede vascular.

Tradicionalmente a técnica de punção utilizada em acessos vasculares em HD é a de escada ou corda. OBJETIVO: Caracterizar os participantes do estudo, portadores de DRC, que possuíam FAV que tiveram ou não hematoma no local de punção no período de junho de 2014 a março de 2015, da Unidade de Terapia Renal Substitutiva (UTRS) de um Hospital Escola. MÉTODO: Estudo transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo, realizado em uma UTRS de um hospital escola. Os participantes do estudo foram 72 pacientes portadores de DRC, com idade igual ou maior que 18 anos, que possuíam FAV e realizavam três sessões de hemodiálise por semana, no período de junho de 2014 a março de 2015. Para a descrição das características sociodemográficas e para a relação dos participantes do estudo que tinham ou não hematoma. Foram coletadas e analisadas as seguintes variáveis: gênero, idade, raça, situação conjugal, escolaridade, profissão e procedência. Para a descrição clínica das doenças prevalentes para DRC e hematoma em FAV, foram coletadas as doenças prévias registradas nas fontes de dados da instituição. Para a descrição da prevalência de hematoma em FAV foi coletado o tempo da mesma. A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2015. Utilizou-se um questionário para coleta de dados elaborado exclusivamente para o estudo em questão. Para o preenchimento deste, foi recorrido aos dados retrospectivos, disponíveis no sistema de gestão Nefrosoft e Tasy, implantados na UTRS para colaborar no serviço e no acompanhamento do tratamento hemodialítico e na planilha de dados dos indicadores que medem o risco mensal do aparecimento de hematoma em FAV da UTRS. Através desta planilha, foram coletados os dados em relação ao aparecimento de hematoma em FAV. Nela, constavam as seguintes informações: tempo de FAV do paciente, profissional que realizou

a punção, tempo de profissão do profissional que punçou, cuidados de enfermagem realizados no local do hematoma e a data da ocorrência do evento adverso. Os dados relacionados às variáveis do estudo, que não estavam preenchidos, foram considerados como perdas. Em relação à análise estatística, foram produzidos dois tipos de tabelas para avaliação dos resultados: a descritiva, com o objetivo de apresentar as características sociodemográficas e as analíticas em que analisou as variáveis em comparação de ter ou não hematoma de em FAV, nos participantes do estudo. Foi utilizada análise univariada para descrever a prevalência de hematoma, bem como os fatores em estudo. Os dados categóricos foram descritos como frequência e porcentagem. Foram comparadas as variáveis categóricas e o desfecho de hematoma, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher. Assim, foi possível conhecer a Razão de Prevalência (RP), o Intervalo de Confiança (IC95%) e valor p, associados a cada um dos fatores em estudo, identificando o efeito desses sobre o desfecho. Inicialmente foram investigadas as características sociodemográficas; em seguida, realizadas análises bivariadas entre todos os fatores em estudo e os desfechos (comparações) de ter ou não hematoma. Considerou-se estatisticamente significantes o $p \leq 0,05$. Os dados foram digitados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Considerando os aspectos éticos e legais na pesquisa científica, foi solicitado o parecer do Conselho Científico e Editorial (COEDI) da Instituição, mediante apresentação do projeto de pesquisa e posterior aprovação do mesmo sob o protocolo nº 37/2014 e desenvolveu-se o Termo de Confiabilidade Sigilo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O nome dos participantes do estudo foi mantido em sigilo. Não houve influência no tratamento ou seguimento

hemodialítico dos mesmos, devido à pesquisa. RESULTADOS: Observou-se, que dos 72 pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, que possuíam FAV, 31 apresentaram hematoma, estes, foram caracterizados como sendo 14 (50%) do sexo feminino; 17 (38,6%) do sexo masculino; 15 (45,5%) com idade entre 20 e 60 anos; 25 (47,2%) da cor branca; 18 (56,3%) não casados e 30 (44,1%) com 1º grau de escolaridade. Apresentaram significância estatística a situação conjugal ($p=0,043$) e a escolaridade ($p= 0,007$). As doenças prevalentes para DRC, que se destacaram para o aparecimento de hematoma em FAV foram: quatro (66,66%) insuficiência cardíaca congestiva; cinco (55,55%) síndrome nefrótica; três (50,00%) rim policístico; seis (46,15%) rim contraído; 19 (43,18%) hipertensão arterial sistêmica; sete (33,33%) diabetes mellitus; dois (33,33%) hiperplasia prostática e gota um (20%). Dos participantes que tiveram a FAV puncionada até 60 dias de maturação, 7 (77,8%) apresentaram hematoma, já os que tiveram a FAV puncionada após um período ≥ 60 dias, 24 (38,1%) apresentaram hematoma, com $p=0,003$, RP 2,04 e IC (1,28-3,27), mostrando, assim, significância estatística. A prevalência do aparecimento de hematoma na FAV foi de 43%. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A punção da FAV com um tempo maior de 60 dias de maturação demonstrou uma ocorrência menor de hematomas. O conhecimento científico das características dos pacientes com DRC, que realizam hemodiálise pela FAV. É fundamental para aperfeiçoar a eficácia do cuidado de enfermagem, minimizar o aparecimento de hematoma, bem como, propor estratégias de melhorias no atendimento hemodialítico, ampliando a realização de estudos científicos com esta abordagem. Apontam-se como limitações deste estudo, que a amostragem dos participantes foi pequena e encontrou-

se deficiência nos registros. Enfatiza-se, também, a necessidade de maior estudo em relação à técnica mais adequada, assim como, uma maior vivência clínica do enfermeiro no uso de diferentes técnicas de punção da FAV, ampliando as habilidades e os recursos disponíveis aos pacientes.

CARTOGRAFANDO A PRODUÇÃO DE CUIDADO PELA FERRAMENTA DO USUÁRIO-GUIA

Michelly Santos de Andrade, Adriana Nascimento Gomes, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

Palavras-chave: Cuidado, Cartografia, Usuário-Guia

APRESENTAÇÃO: O resgate da dimensão cuidadora tem suscitado a constante necessidade de se inventar novas práticas em saúde (ARKEMAN; FEUERWERKER, 2009), uma vez que há uma oferta incansável de procedimentos técnicos em detrimento do estabelecimento de vínculos resultantes da relação entre o usuário e o trabalhador. Voltar o olhar para o usuário, colocando-o no centro das reflexões para se avaliar a produção do cuidado em rede tem revelado uma das apostas mais potentes. Nessa perspectiva, trazer à cena os vários atores envolvidos na produção do cuidado de um usuário, a partir da construção de relatos escritos ou orais tem se mostrado uma possibilidade para se efetivar essa análise. Pois, possibilita produzir visibilidade dos múltiplos acontecimentos e atravessamentos experimentados na situação (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Assim, narrar os encontros possíveis entre usuário e trabalhadores, entre ele e outros usuários, entre trabalhadores - trabalhadores e mesmo trabalhadores - gestores, traçando os caminhos e afetos produzidos nesses encontros, é a função do

usuário-guia (EPS EM MOVIMENTO, 2014b). Este trabalho tem por objetivo demonstrar a potência da ferramenta usuário - guia para cartografar a produção de cuidado. DESENVOLVIMENTO: A narrativa do usuário-guia em pauta é parte da pesquisa RAC desenvolvida pela Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da UFRJ. A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2015. Para conhecer como o cuidado era operado pelas equipes do serviço de atenção domiciliar, se utilizou da ferramenta do usuário-guia. O método empregado para tal fim foi à construção de narrativas escritas, que incluíram os vários acontecimentos nos encontros com os trabalhadores e seus respectivos usuários e/ou entre pesquisadores e usuários, em acompanhamentos realizados em seus domicílios e registrados nos diários de campo dos pesquisadores. A narrativa a seguir traz alguns fragmentos de uma dessas cenas em que trazemos à baila a vivência relacionada a esse usuário (João, ninguém?). RESULTADOS: Em uma quarta-feira qualquer de dezembro, conhecemos o João. O carro do serviço parou em frente a uma pequena casa de um azul desbotado com um jardim repleto de plantas. No terraço vários objetos espalhados. Uma decoração que tinha de tudo, até enfeites natalinos. Claro, era chegada o Natal! Mas, lá dentro, quase nada se parecia com o Natal, de semelhante apenas o som alto que vinha das televisões ligadas. A equipe foi entrando. Esperamos um pouco. Ficamos ali, no terraço. Observamos uma mulher com um sorriso tímido, desconcertado, que andava de lá para cá e respondia a cada pergunta dos profissionais. Seus cabelos e suas roupas não sinalizavam tempo para cuidar de si. Olhando mais, atentamente, vimos dois idosos, um senhor e uma senhora que pareciam não ver o tempo passar ali, sentados. Ele, cadeirante, com sequelas de AVE e ela com artrose na coluna

e joelho e, com muita curiosidade com os estranhos. João conta que quando não está dispneico, sente muita dor para ficar em pé. Disse já ter perdido cerca de 70 Kg, desde que começou a receber atenção do SAD. Ele fala que a perda de peso tem sido sofrida, diz que “sente-se como um bicho”, uma vez que sua dieta é à base de vegetais e apenas uma vez por semana, à base de carne. Perguntado o quanto comia de carne antes dessa dieta, afirmou ser cerca de 1kg de carne durante os finais de semana. Durante o retorno ao prédio do SAD, um dos profissionais diz que há de se analisar bem a fala do usuário, pois a dieta que ele diz fazer, de fato não a faz e que a regularidade dos cuidados não tem sido a pactuada. Para a equipe o João é um peso, um desgaste, não deveria mais ser acompanhado por ela. A equipe sente-se manipulada e refém do mesmo. O que fazer, então, com o João? Ficamos nos perguntando o que poderia se esperar dos “Joãos” que não enxergam mais possibilidade de resolutividade dos seus problemas, frente ao (des) cuidado que vem recebendo dos serviços de saúde? Seria a perda de peso a única forma de cuidar do João? Se a perda de peso não é a única condição, ou seja, se há risco cardíaco ou quaisquer outros para a realização da cirurgia, por que não se fala abertamente com o João? Voltamos mais algumas vezes para continuar a conversa com o João. Nessas conversas outros aspectos de sua história de vida vieram à tona. Relatou que há quatro anos não consegue mais ficar em pé. Passa o dia inteiro deitado e sentado na sua cama, saindo apenas em casos de emergência ou para realização de exames e diz: “Fui perdendo, gradativamente, nos cinco anos o estímulo de andar, né?” João relatou que encontrou o SAD pela internet e atribui parte da visibilidade que o serviço tem atualmente à sua imagem: “[...] depois de várias reportagens do SAD, em cima de mim [...] o SAD hoje tem uma abrangência

maior”. Nos últimos quatro anos, João tenta articular sua cirurgia bariátrica. Demonstrando seu descontentamento por ter sido enganado ao longo dos últimos anos, com vários episódios de cancelamentos da cirurgia, mesmo após a realização de diversas avaliações e exames pré-cirúrgicos: “Não. Nunca tive um feedback final... assim [...] Os equipamentos sempre eram garantidos e sumiam, assim, de momento.” João, consciente de seus direitos por um tratamento efetivo para a obesidade, assume que já tentou pressionar o médico de várias formas para abreviar a cirurgia: “Ele sabe o paciente que tem [...] Se é para enlouquecer, eu enlouqueço ligeiro [...] Eu já botei ele na página da internet, dizendo ‘por que não faz a cirurgia, Dr. Pedro?’. Ele levou dez mil curtidas [...]”. O desconforto e constrangimento em situações de emergência e urgência são frequentes, conforme se percebe na fala a seguir: “Como eu pesava mais que o que peso agora... Pesava 313 kg. Hoje, eu tô com 198 Kg. [...] Aí, lá na UPA [Unidade de Pronto Atendimento] não tem estrutura para me receber. [...] Então fiquei lá... Você sabe: [como] Jesus Cristo, estirado na cruz. E o SAMU em si não tem [...] condição de me remover daqui; tem que chamar o apoio do bombeiro.” Ao perguntarmos em que lugar ele gostaria de ir após a cirurgia, ele nos surpreende com a curta frase: “ver o mar...”. Para nossa surpresa, tal pedido nunca tinha sido feito a ninguém da equipe de saúde ou mesmo da sua família. João nos surpreende mais uma vez: “Isto [falar da vida] é a primeira vez que eu estou tendo”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A escrita da narrativa permitiu dar visibilidade as lacunas que existe para o usuário. Esta narrativa é um dos primeiros passos, seguidos de encontro com o cuidador e o usuário e outros envolvidos na produção do cuidado. Em seguida pode-se fazer uma devolutiva destas narrativas disparando questionamentos e reflexões acerca do

processo de trabalho existente no serviço e na rede de saúde, promovendo a Educação Permanente em Saúde. As narrativas dos trabalhadores com suas memórias do trabalho no cuidado se mostraram importantes fontes para a pesquisa, pois evidencia situações vivenciadas em relação ao trabalho e ao cuidado em saúde e dão pistas dos invisíveis e indizíveis que permeiam essas narrativas.

CARTOGRAFIA DE VIDA NO TRABALHO EDUCATIVO COM JOVENS E ADULTOS: CONVERSAS-EM-AÇÃO

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos

Palavras-chave: Subjetividade e Educação, Educação e Produção de Saúde, Educação de Jovens e Adultos

Essa dissertação foi orientada pelo trabalho educativo em um Núcleo de Estadual de Educação de Jovens e Adultos (NEEJA), na modalidade não presencial, localizado na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Nesse Núcleo é oferecido à possibilidade de regularização da escolaridade formal, apoio pedagógico para prestação de exames e obtenção da certificação. Seus alunos experimentaram o abandono da escola regular ou jamais a frequentaram, estando aí razões do mundo do trabalho, relações de gênero, comportamento desviante dos padrões da escola, repetências, dificuldades de aprendizagem, transtornos mentais, drogadição, privação parcial de liberdade e sob medidas socioeducativas ou protetivas, entre outros, além daqueles pressionados pelas exigências de determinados postos de trabalho ou em busca da aceleração da escolaridade perdida em razão das várias motivações à evasão. A busca pela escola já registra uma busca “particular” daqueles que não sabem ler e escrever com fluência

em uma sociedade letrada; daqueles que precisam manter ou obter emprego e renda diante da solicitação de um diploma escolar; daqueles para quem a escola desponta como parte do projeto “terapêutico-disciplinar” para o abandono das drogas; daqueles que, em situação de reclusão pela justiça, esperam demonstração de identificação com valores da cidadania como escola, trabalho e renda por meios legítimos ou lícitos; daqueles que “retornaram”, uma vez tendo sido impedidos da frequência natural, linear e regular, à escola, seja porque ingressaram no mundo do trabalho, casaram ou tiveram filhos – precocemente, prioritariamente ou autoritariamente – podem, agora, recuperar a escola que não puderam ter; daqueles que foram evadidos da escola porque não aprendiam como os outros, não dispunham dos recursos regulares de aprender, não se comportavam, tinham dificuldades intelectuais superiores as de seu grupo; daqueles que não perderam ou recuperaram, apesar da idade ou rótulos, sonhos e planos de trabalho e lugar social; daqueles que, idosos, procuram acolhimento na vida social, motivo de circulação e vínculos inovadores, busca da sensação de produção de vida e direito às coisas da juventude; daqueles que, com tenacidade e objetividade, pretendem resgatar o tempo perdido com evasões, repetências e abandonos escolares. Tudo isso dentre variadas metas ou engenharias de tempo. Trata-se de uma escola para “adultos”, onde o que sentimos e vivemos pode perder intensidade e ganhar ajustamento em valores morais e em expectativas de gênero, geração, classe social, raça e passado. No encontro pedagógico, as histórias de vida vêm junto, as intensidades do vivido podem colaborar e, uma vez que não as racionalizemos, temos a chance de mobilizar fluxos, não as representações, pô-los em movimento e movimentarmos-nos com eles, desde que não os interpretemos. A pesquisa

buscou dar visibilidade às margens que o trabalho educativo com jovens e adultos, na modalidade não presencial oferece, quando aberto às histórias que o demandam. Não a forma como se oferecem: apoio aos exames, regularização da vida escolar, certificação; mas os cenários de acolhimento que pode proporcionar. Recorreu à arte e filosofia na condição de “intercessores” (DELEUZE, 2008). Utilizou como proposta metodológica a cartografia para rastrear nas narrativas dos alunos minúcias e sutilezas, acompanhar processos, perscrutar percursos e mobilizar fluxos intensivos no encontro pedagógico, não as representações. A pesquisa encontrou-se com conversas-em-ação que acionam no encontro educativo intensivo, com a educação de jovens e adultos, processos de singularização (produção de si e de mundo); ressignificam o passado e o presente por reencontrarem a multiplicidade ou a possibilidade de novas conexões no ensinar e aprender; são convocadas pelo rompimento como o modelo piramidal comum as instituições públicas, pela abertura a alteridade, pelo encontro com a diversidade e pelo uso de instrumentos de trabalho mais pedagógicos e menos curriculares, mais intensivos e mais desacomodadores, dando visibilidade a uma escola promotora/ produtora de saúde que se constrói em meio à vida e nas redes. Foram nominados pela pesquisa três instrumentos: o olhar-rizomático, a escuta-inscrição e o corpo-pendular. Tais instrumentos envolvem uma postura e disposição dos professores de uma escola não presencial, mas disponível à presença e colaboração; não disciplinar nas regras de frequência, assiduidade, comportamento, mas modelável por seus alunos; que escuta e acolhe as necessidades educativas e possibilita a passagem; que oferece um corpo-escola e um corpo-docência capaz de mover-se com os corpos de seus alunos em movimentos de criação do viver instigando a experimentação. A

política cognitiva das conversas em ação rompe com a forma tradicional cartesiana de conhecer na qual uma consciência interna observa e reflete o mundo externo; substitui a consciência contemplativa por uma consciência encarnada, não passiva que instiga a experimentação; necessita de ferramentas relacionais que aparelhadas proporcionem um ver, ouvir, sentir háptico proporcionando passagem e manifestação aos signos das conversas em ação; volta-se não à apreensão da aprendizagem como busca de uma verdade que possa ser representada e reproduzida, mas como produtora de estranhamento ao “outro”, em que a potência da diversidade e a pluralidade produz fluxos de rede que dão visibilidade a outras dimensões de vida que podem ser prospectadas a partir dos signos que emitem; apresenta uma perspectiva da ação de mundo e não de um mundo dado, em que sujeito e objeto pré-existem a sua relação; permite pensar aprendizagens que colocam o problema como criacionismo de caminhos necessários em que todos possam percorrer seus próprios caminhos e assim criar condições para que a aprendizagem ocorra (em que o percurso convoque a parada). A pedagogia das conversas em ação proporciona um espaço que não secciona os saberes, não hierarquiza as relações nem exclui a diversidade; produz um tempo do acontecimento-aprender, sem a marca da extensão, em que se experimenta compassos próprios e acolhe-se ou dá borda aos devires em curso e a exposição à plurissignificação dos signos, inventando sempre nova conversa no aprender e no ensinar. Conversas em ação indicam um modo de trabalhar não linear nas práticas pedagógicas da educação de jovens e adultos; interrogam as práticas do ensinar e do aprender; fazem emergir enunciados e dão visibilidades que não se fecham em uma solução (movimento de atualização), em razão de um pensar

problematizado no qual o conhecimento produzido é sempre coletivo (fruto de uma rede heterogênea); e fazem convite à relação e à plurissignificação buscando no corpo a corpo com o outro, novos sentidos de existência em ato, composição de acontecimentos-aprendizagem.

CENAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO MÁQUINA DE TRANSVER NA PRODUÇÃO DA PESQUISA EM SAÚDE

Helvo Slomp Junior, Claudia Aparecida Amorim Talleberg, Clarissa Terenzi Seixas

Palavras-chave: educação permanente em saúde, pesquisa interferência

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho busca produzir uma reflexão acerca das possibilidades que a educação permanente em saúde (EPS) oferece como dispositivo para a produção de conhecimento quando da pesquisa em saúde, sempre que se toma como território privilegiado de investigação a micropolítica do trabalho e das práticas cotidianas de produção do cuidado em saúde. Em algumas investigações^{1,2,3,4} e, mais recentemente, na pesquisa (em andamento) “Rede de avaliação compartilhada (RAC) / 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”⁵, nos deparamos com cenas de EPS na cotidianidade dos serviços, seja como estratégia principal de investigação³, seja como cenário que emerge como necessário para certos encontros dos atores envolvidos, em discussões de caso^{1,2,4,5}. A “máquina de transversar” citada no título desse trabalho faz referência a uma articulação proposta por nós entre o conceito de “máquina” no sentido dado por Deleuze e Guattari - máquina como produção do

desejo na perspectiva imanente e coletiva de potência, uma produção desejante “de fora”⁶ - e o verbo “transver”, inventado pelo poeta Manoel de Barros⁷. Tomaremos as duas cenas à seguir como ponto de partida para a discussão: Cena 1. Pesquisadores reunidos com trabalhadores da equipe de uma unidade básica de saúde do Município C, durante a discussão sobre a usuária Sueli (Nome fictício). A equipe, atônita, indaga-se: por que e por onde a usuária vazou do caminho proposto pela rede de serviços? Como um caminhar pela rede pautado nos protocolos de referência e contra-referência pode ser interditor do cuidado? Começam a se perguntar também sobre seus processos e práticas cuidadores. Cena 2. Marcos, usuário em uso intensivo de álcool, restrito ao leito por uma impossibilidade de andar, é admitido em uma UPA cuja equipe, na iminência de “devolver” o usuário ao domicílio e ao convívio familiar, passa a se preocupar com a continuidade do cuidado pela ESF de referência. Uma fala que se repete na conversa com alguns trabalhadores da ESF: “- Se ele voltar a andar, vai voltar a beber, de que adianta!?”. A pesquisa convida a equipe da estratégia de saúde da família do território, profissionais do NASF local e do CRAS (assistência social) para debate. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estamos propondo que a EPS serviu e serve a cada uma dessas pesquisas como “dispositivo”, e o fizemos convidando Foucault para este debate, para quem dispositivo é a rede que se pode tecer entre muitos elementos, sejam decisões, discursos, enunciados, proposições morais, etc. Ou seja, entre o dito e o não dito⁷. Isso só é possível porque a EPS é o movimento que aposta na relevância, como substrato pedagógico, da experiência cotidiana, a vida vivida em ato, onde os incômodos e tensões passam a motores do processo pedagógico, possibilitando assim que se obtenha dos mesmos toda a sua potência

transformadora da realidade em saúde^{6,7}, assumindo-se que saúde se produz em ato⁸. A partir de 2014 o Ministério da Saúde inicia um processo formativo chamado “educação permanente em saúde em movimento”, construído com um propósito bastante claro: “reconhecimento” de experiências de EPS, e “cooperação” entre elas nas redes brasileiras de atenção à saúde⁹. Uma das ferramentas propostas para compor a caixa de ferramentas de tal navegação é o mergulho em “cenas” do cotidiano do trabalho em saúde, atalhos de cenas entendidas como: histórias muitas vezes vivenciadas no cotidiano dos nossos serviços (...), sendo que ora os personagens são os mesmos, apresentando diferentes vivências que se “cruzam” no processo de trabalho, ora você encontrará personagens distintos com histórias únicas”¹⁰ (p.01). esse é o sentido do uso das “cenas de EPS” que propomos neste texto. **IMPACTOS:** A cena 2, cujo usuário retorna à atenção básica, evidenciou que há muito já se existia uma certa tensão com o caso do usuário M que, para a equipe, representava inicialmente um certo perfil provisório³, ou seja, era visto de um certo modo a priori, que ao longo dos encontros assume diferentes feições, pois foi possível ver-dizer para além da verticalidade hierárquica dos organogramas piramidais dos estabelecimentos, dos protocolos e roteiros para procedimentos de atenção, e das categorias pré-estabelecidas (“casos difíceis”, usuários que “não aderem ao tratamento”). O mesmo, embora diferente, se deu com o processo investigativo em torno da usuária da cena 1. Cenas de EPS constituem encontros intercessores que produzem saúde (e aqui, conhecimento), não são espontâneos, se constroem, e vamos para eles de um ou de outro modo, nos abrimos, nos posicionamos, agimos e, no caso da saúde, cuidamos. Ou não, paralisamos, nos escondemos atrás de protocolos e rotinas burocratizadas, e

fugimos do encontro. Tomar o cuidado como acontecimento implica em que, em ato, o olhar de quem cuida, mesmo que armado, e o de quem é cuidado, se singularizam no instante do encontro (mesmo que em seguida venham a ser capturados por lógicas já instituídas), sendo produtores de outros sentidos (para o adoecimento, para a dor, para o sofrimento, para o trabalho, para a vida). O encontro em sua dimensão intercessora ativa seu caráter de devir, deriva e desacomodação, onde nada se preserva como antes do próprio ato¹¹. Intercessão é mútua produção, pois o cuidado não é o ato, mas sim o acontecimento (não como acidente ou incidente, mas nisso o puro expresso, aquilo nos dá o sinal, o que deve ser compreendido, o próprio sentido em produção)^{12,13}. Entendemos que as cenas de EPS operaram como máquinas de transver nessas pesquisas: deram visibilidade-dizibilidade às disputas entre diversos projetos – ou ausência deles – em jogo, aos marcadores de poder¹⁴. Não é de se admirar que, nesses cenários, seja preciso pactuar o que se entende por “aposta”, ou o modo de entrada dos (as) pesquisadores (as) nesses encontro: eles (elas) assumem que se produzirão em ato, na experientiação, em meio aos atravessamentos de suas próprias implicações com o tema da pesquisa, “no entre do saber e fazer”⁴ (p. 28).

CONSIDERAÇÕES FINAIS. Sem intercessão não há encontro intercessor, e portanto não acontece o cuidado, já que este é um acontecimento e não um ato. Nesse caso, também se perde a possibilidade de investigação de certos planos de produção da vida cotidiana em saúde. Nesse sentido, transver, por meio dessa máquina que é a cena de EPS, seria dar visibilidade e dizibilidade às multiplicidades que dão existência e sentido a essa produção.

CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA AO PROCESSO DE TRABALHO

Luriam Cruz Cruz da Silva

Palavras-chave: CME, Pesquisa, Assistência, Saúde

Apresentação: O presente trabalho objetiva apresentar a que se destina uma central de material de esterilização, bem como o processo de trabalho ao qual perpassa, as implicações nas atividades desempenhadas, e analisar a partir de um levantamento de dados em consideração a artigos publicados na plataforma de artigos Scielo as relações de trabalho que influenciam os relacionamentos das equipes no processo de trabalho. Inicialmente, devemos considerar o processo de esterilização a partir de seu percurso histórico, desta forma, nos é apresentado ao longo do caminho três (03) tipos de central de material de esterilização. A primeira, a qual foi utilizada até o final dos anos 40, se apresenta como descentralizada, onde cada unidade ou conjunto delas se responsabiliza pelo preparo e esterilização do material a que possuem; A segunda, que começou a ser utilizada no início dos anos 50, se caracteriza como semi-centralizada, onde a unidade prepara seus materiais e os encaminha para processo em outro local; E a terceira, que é a prática atual, na qual os materiais são todos limpos, preparados e esterilizados, armazenados, distribuídos e controlados quantitativa e qualitativamente na própria central de material, onde há a supervisão de um enfermeiro e passa, por conseguinte, a integrar a unidade hospitalar como uma unidade de apoio técnico – consideração da Resolução RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002 – às unidades de assistência. Sua importância ocorre a partir da necessidade de haver controle, registro, processo de limpeza, preparo e esterilização rigorosa e disponibilização de material as

necessidades das unidades de saúde, bem como controle rigoroso dos parâmetros de avaliação de qualidade do processo e redução de possíveis contaminações e infecções hospitalares. O espaço físico da central de material se caracteriza por quatro áreas: 1^a purificação/expurgo – onde o material sofre a descontaminação e/ou limpeza; 2^a preparo – onde os materiais são preparados e embalados conforme sua característica (seja por pacote de papel ou invólucros em não tecidos); 3^a área de esterilização – onde são montadas as cargas e realizados os processos de esterilização; e, 4^o estoque ou arsenal – onde os materiais ficam acondicionados, armazenados por classificações específicas de cada unidade hospitalar. Objetivo: analisar por meio de revisão de literatura, os enfoques acordados pelos autores em consideração ao trabalho em equipe em uma central de material de esterilização. Metodologia: Esse trabalho foi realizado por uma acadêmica do 9^o (nono) período do Curso de Enfermagem da Unigranrio, supervisionado pela professora, a partir de busca de artigos na base da biblioteca eletrônica Scielo, utilizando-se de dois (02) grupos de descritores, sendo o primeiro: Central de material de esterilização (CME), Equipe e Enfermagem – dois (02) artigos; E o segundo: Central de material de esterilização (CME), Trabalho e Enfermagem – seis (06) artigos; Resultados e Discussões: A partir dos descritores: CME, Equipe e Enfermagem, foram encontrados dois (02) artigos, ao qual propõe a reflexão quanto à percepção de um grupo de enfermeiros quanto ao processo de trabalho desempenhado por eles em uma central de material de esterilização. O segundo grupo de descritores pesquisados foram: CME, Trabalho, Enfermagem, o qual resultou em seis (06) artigos que discutem sobre: uma pesquisa exploratória aos possíveis sujeitos a atuar na central de material de esterilização e como o processo ocorre para

que esse interesse de fato exista - o artigo do primeiro grupo se repete; o segundo propiciou a reflexão quanto à inserção de trabalhadores sem a formação necessária para atuação nesta unidade, bem como os riscos que podem acometer o trabalhador, bem como o processo de trabalho; o terceiro busca demonstrar a importância do enfermeiro frente a sua atuação dentro da central de material de esterilização; o quarto avalia a produtividade e eficácia do processo de trabalho pela especificação de dois materiais mais utilizados na unidade de atuação; o quinto objetivo, cruzar informações de três unidades de apoio – CME, avaliando o gerenciamento de enfermagem quanto as atividades desenvolvidas e como a gestão reflete no processo de trabalho; o sexto propõe a reflexão quanto à percepção de um grupo de enfermeiros quanto ao processo de trabalho desempenhado por eles em uma central de material de esterilização – que se repete no primeiro grupo de descritores. Pode ser observado, frente aos artigos selecionados que, a importância da central de material de esterilização se caracteriza pela complexidade de suas atividades, do gerenciamento que recebe, das reduções de danos à saúde a qual propicia, bem como pelo processo de trabalho que realiza. Os artigos publicados nos mostram que a gestão em enfermagem ampara no processo de trabalho, auxiliando a fomentar as boas práticas de acordo com as normas vigentes e ainda na qualificação do profissional de acordo com a educação permanente frente ao trabalho. Considerações finais: Ao pensar na complexidade da unidade de apoio – Central de material de esterilização, podemos observar que o processo ocorre de acordo com a demanda da unidade hospitalar, e sua atuação implica indiretamente e diretamente da assistência, pois indiretamente lidam com os materiais com os quais os pacientes terão contato

e diretamente pelo controle e rigor do processo para promoção de redução de infecções hospitalares. A gestão em saúde nos proporciona padronizar os processos de trabalho, avaliar as possibilidades de risco e traçar metas para reduzi-las, bem como promover um ambiente propício à sua execução com excelência. Considerando as pesquisas analisadas, podemos ver quão importante se faz todo o processo, todos os sujeitos envolvidos e principalmente a responsabilidade que cada um desempenha dentro do setor.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: SUBSÍDIOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Débora Biffi, Cintia Nasi

Palavras-chave: Saúde mental, Fenomenologia, Usuários de substâncias psicoativas

Este estudo teve como objetivo compreender as expectativas dos usuários sobre as ações dos enfermeiros de um Centro de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas (CAPSad). Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou o referencial teórico-metodológico da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Existe uma relevância perceptível ao considerar, e tentar compreender, a essência humana durante o desenvolvimento do cuidado das pessoas durante o trabalho de enfermagem. A busca incessante por novas maneiras e métodos de olhar o cuidado justifica a adoção da investigação qualitativa com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schützna Enfermagem (JESUS et al., 2013). A enfermagem, quanto ciência, necessita ampliar o olhar aos pacientes

de saúde mental para possibilitar o desenvolvimento de um cuidado efetivo nesta área. Os participantes do estudo foram 15 usuários em tratamento no CAPSad do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, os quais foram escolhidos por conveniência. Os usuários foram convidados a participar do estudo no próprio serviço. Posteriormente, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do usuário e realizadas no próprio CAPS. A equipe de funcionários do CAPS auxiliou no convite aos usuários e na sua abordagem. Os critérios de inclusão utilizados para a coleta das informações foram: usuários em tratamento no CAPS com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam em tratamento há, pelo menos, 3 (três) meses, Os Critérios de exclusão adotados foram: usuários com agudização dos sintomas que dificultassem a comunicação verbal no momento da entrevista. A primeira parte das entrevistas gerou uma categorização dos sujeitos, onde identificamos que as idades variaram entre 30 e 60 anos, perfazendo uma idade média de 44 anos, sendo 12 do sexo masculino. De acordo com o estado civil, nove eram solteiros, quatro divorciados e dois casados. Referente ao grau de instrução dos usuários, cinco possuíam o ensino médio incompleto, dois possuíam o ensino médio completo, quatro tinham o ensino fundamental incompleto, três possuíam o ensino fundamental completo e um encontrava-se cursando o técnico de enfermagem. Posteriormente a realização das entrevistas, essas foram transcritas, realizada leitura exaustiva das falas, e início do agrupamento das falas em categorias que subsidiaram a interpretação compreensiva. Durante a análise compreensiva dos relatos, surgiram cinco categorias: Satisfação dos usuários com o CAPS; Atividades desenvolvidas no CAPS; Concepções dos usuários sobre a Enfermagem do CAPS,

Concepções dos usuários sobre o Tratamento da Dependência Química e Expectativas dos usuários quanto aos enfermeiros do CAPSad e uma subcategorização: Expectativas dos usuários quanto ao estabelecimento de vínculo com os enfermeiros. Buscamos compreender com esta pesquisa as expectativas dos usuários quanto ao tratamento dos profissionais de um CAPSad, além de conhecer as expectativas dos usuários quanto ao tratamento disponibilizado pelos enfermeiros do serviço. Durante esta pesquisa, buscamos desenvolver uma escuta que fosse capaz de extrair as vivências e experiências dos usuários do CAPS que aceitaram participar do estudo e desenvolver esta mesma troca com os enfermeiros deste serviço. Tal escuta desprovida de qualquer julgamento ou preconceito com os usuários, respeitando as perspectivas da escolha metodológica desta pesquisa: a fenomenologia. A partir da união dos dados obtidos com a caracterização dos sujeitos e as expectativas dos mesmos quanto ao CAPS, ao seu tratamento e aos enfermeiros, surge a possibilidade de construir uma consulta de enfermagem voltada especificamente para os usuários deste serviço. Para a construção desta consulta buscamos levar em consideração as particularidades e sugestões que os usuários acreditavam ser importantes para o desenvolvimento do seu processo terapêutico. E somamos a esta as considerações dos enfermeiros do CAPSad III, para que deste modo a consulta de enfermagem construída pudesse ser a mais completa possível e capaz de satisfazer as necessidades dos usuários, do serviço e dos enfermeiros. A consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro entrevistador conhecer melhor o usuário e seus anseios, dificuldades e angústias sobre o tratamento, além disto, favorece o estabelecimento de vínculos e fortalece o

desenvolvimento do plano terapêutico. As consultas de enfermagem em saúde mental tornam-se cada vez mais indispensáveis pela ampliação que esta rede vem sofrendo. E o lugar que os enfermeiros assumem nesta nova configuração da assistência em saúde mental deve ser de facilitador deste processo terapêutico e a consulta de enfermagem vem dando sustentabilidade teórica a esta ideia. E, assim, pôde-se observar e considerar que os vínculos criados entre usuários e enfermeiros no CAPS são capazes de favorecer a efetividade do tratamento desenvolvido por possibilitar a criação de um plano terapêutico que vá ao encontro das necessidades dos usuários. É de fato observado durante a realização desta pesquisa que existe uma singularidade em cada relação enfermeiro/usuário, que apesar de se tratar do mesmo serviço, o modo de interpretar e vivenciar cada experiência é único para cada usuário e para cada enfermeiro. Tal forma de encarar as experiências do cotidiano do CAPS possibilita a cada usuário uma forma distinta e única de experimentar os processos terapêuticos, as oficinas, os grupos e as reuniões, conferindo ao CAPS a singularidade que o torna tão diferenciado dentre os tratamentos de saúde mental. O enfermeiro é peça chave no desenvolvimento de cada plano terapêutico, de cada oficina, na organização e planejamento do CAPS, entre diversas outras funções que garantem ao usuário o tratamento desejado, ou o tratamento que é possível dispensar, e também é fundamental no oferecimento do amparo, da escuta e do conforto. Ao desempenhar uma escuta livre de qualquer expressão de julgamento o enfermeiro cria um vínculo de segurança e confiança diferente em cada usuário, vínculo utilizado para assegurar uma adesão e uma maior eficiência de todo o processo terapêutico.

CIF-CJ E REPERCUSSÃO DE ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM NA PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Amanda Brait Zerbeto, Daniele Theodoro Ostroschi, Regina Yu Shon Chun, Maria de Lurdes Zanolli

Palavras-chave: CIF-CJ, Alterações de Linguagem, Promoção de Saúde

Apresentação: Pessoas com alterações de linguagem podem sofrer vulnerabilidade em diversos domínios, sendo um deles a restrição em atividades e participação (Markham, Dean, 2006; McComark et al., 2010; McLeod et al., 2014). Dessa forma, é importante que os profissionais que lidam com crianças e adolescentes com tais dificuldades se preocupem também com as repercussões na vida social das pessoas com alterações de linguagem. Nas últimas décadas houve uma mudança na área da saúde, o objetivo da atuação de profissionais da saúde passou a abranger mais aspectos além do curar uma doença ou cuidar da vida, tornando-se importante também reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e as chances desta produzir incapacidade nas crianças e adolescentes. As classificações que contemplam o ser humano nessa perspectiva são poucas, e uma que cumpre esse propósito é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e, neste caso, a versão para crianças e jovens (CIF-CJ, OMS, 2007). A CIF-CJ introduz uma mudança de paradigma da saúde, do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, integrando a funcionalidade e a incapacidade humana (OMS, 2007; Sampaio, Luz, 2009; Di Nubila, Buchalla, 2008). O uso de uma classificação que aborde a funcionalidade do sujeito e identifique as repercussões sociais das dificuldades de linguagem é de grande relevância. Portanto o objetivo do presente estudo é investigar aspectos de funcionalidade de crianças e adolescentes

com alterações de linguagem utilizando a CIF-CJ. Desenvolvimento do trabalho Trata-se de pesquisa com delineamento descritivo-analítico de abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que se realizou o estudo sob CAAE 14110313.9.0000.5404. Apresenta-se aqui parte de estudo de doutorado em desenvolvimento. Participaram da pesquisa 30 crianças e adolescentes com queixas de linguagem e em acompanhamento fonoaudiológico na clínica-escola com idades entre 4 e 16 anos, que tivessem condições de compreender e responder às questões norteadoras da pesquisa e que não apresentassem perda auditiva ou problemas neurológicos. As dificuldades de linguagem dos participantes envolviam gagueira e alterações de oralidade. Para a coleta de dados realizou-se entrevistas semiestruturadas, diário de campo e estudo dos prontuários. As entrevistas foram gravadas em vídeo. Os responsáveis legais preencheram um questionário sobre informações da criança, da família e do contexto em que vivem. Para a análise de dados as entrevistas foram transcritas, e a partir dos dados obtidos foram definidos os itens da CIF-CJ por uma das autoras com validação externa pela orientadora e coorientadora da pesquisa. Para a classificação dos qualificadores da CIF-CJ foram consideradas as respostas dos participantes, as informações contidas nos questionários respondidos pelos pais, dados dos prontuários e as observações realizadas pela pesquisadora no decorrer da entrevista. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temático. Os participantes foram identificados pela letra "P" e um número de identificação do mesmo (exemplo: P3, P5). Para a classificação dos itens da CIF-CJ foram seguidas as instruções recomendadas. Os componentes da CIF-CJ são representados por letras: Funções do Corpo (b), Estruturas do Corpo (s), Atividades e participação (d),

Fatores ambientais (e). Os qualificadores variam do nível 0 (zero) correspondente a nenhum problema ou dificuldade, nível 1 (dificuldade leve), nível 2 (dificuldade moderada), nível 3 (dificuldade grave), até ao nível 4 que elenca um problema ou dificuldade total ou completa. Também existem o nível 8, grau de incapacidade que não esteja especificado, e o nível 9, para o domínio que não seja aplicável. Em relação aos fatores ambientais (e) estes podem ser considerados como facilitadores (utilizando-se um símbolo "+" a seguir ao código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto a seguir ao código numérico). Resultados e/ou impactos: Observou-se que a maioria dos participantes (80%) era do sexo masculino. A maioria dos pais dos participantes vivem juntos, as mães tinham entre 10 a 12 anos de escolaridade e profissões maternas que geram renda para a família. A hipótese diagnóstica principal de gagueira foi de 50 % de casos e 50% de alterações de oralidade, com maior frequência de tempo de atendimento fonoaudiológico entre 0-6 meses e maior que um ano. A maioria dos participantes não tinha histórico de problemas de linguagem na família. No domínio da CIF-CJ relativo à articulação (b320) os participantes apresentaram dificuldades que variaram de leve à grave, com referência de que as pessoas apresentam dificuldade em entender o que falavam em ambiente como casa e escola. Nas questões de fluência (b330) seis participantes apresentaram dificuldade leve, oito dificuldade moderada e dois, dificuldade grave. As crianças mais novas referiram que outras pessoas falavam que tinha algo "errado" com sua fala, mas nem todas denominaram essa dificuldade como "gagueira", quando era o caso. Os participantes que estavam em terapia há mais tempo, abordaram mais abertamente questões da fluência e suas repercussões, como por exemplo "minha fala é ruim

porque eu gaguejo" (P11). As dificuldades nas funções de articulação e fluência tiveram repercussão no falar (d330) e conversação (d350). Os participantes, em sua maioria, relataram preferir conversar com familiares da família próxima e alargada ao invés de realizar essas atividades com amigos da escola e vizinhos. Os participantes também informaram não gostar de conversar com quem tem dificuldade de compreender a fala deles, com colegas que imitam seu jeito de falar, colocam apelidos ou fazem brincadeiras relacionadas à sua dificuldade de fala. Também apresentaram implicações nos relacionamentos dos participantes com seus diversos interlocutores; o pior qualificado foi o com estranhos (d730), e o melhor foram os sociais informais (d750). O relacionamento com amigos foi um dos domínios com menor dificuldade, porém ainda assim não foi classificado como "zero", pois muitos colegas da escola e vizinhos apresentaram atitudes barreiras (e420, e425) que prejudicaram o relacionamento social informal. Quanto ao relacionamento com familiares (d760) alguns participantes classificaram a relação como "triste" em função das atitudes que os familiares apresentavam diante das dificuldades de linguagem (e410). Sobre as atitudes de membros da família próxima (e410), foram relatadas atitudes consideradas barreiras tais como pouca conversa entre pais e filhos, os pais e parentes próximos corrigirem as falas das crianças, e pedirem para que elas repitam até falarem do jeito correto. Nos casos de gagueira para "falar mais devagar", "parar de falar, respirar e continuar". Considerações finais: Os resultados mostram que na percepção das próprias crianças e adolescentes, as alterações de linguagem repercutiram na maioria dos domínios de "Atividades e participação", resultando implicações em atividades como falar, conversar e dificuldades para relacionar-se com amigos, familiares,

conhecidos e estranhos. Destaca-se que a utilização da CIF-CJ foi fundamental para o levantamento dessas repercussões. Ao utilizar uma abordagem biopsicossocial da funcionalidade e participação das crianças e adolescentes pela CIF-CJ foi possível correlacionar as alterações de linguagem com o contexto social e ambiental desse grupo populacional. Dessa maneira, essa abordagem possibilitou conhecer as dificuldades e potencialidades dessas crianças e adolescentes, traz contribuições para o planejamento de ações na atenção à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva da integralidade do cuidado.

CIF-CJ E REPERCUSSÃO DOS FATORES CONTEXTUAIS NAS ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM DE CRIANÇAS/ ADOLESCENTES NA PERCEPÇÃO DE FAMILIARES

Daniele Theodoro Ostroschi, Maria de Lurdes Zanolli, Regina Yu Shon Chun

Palavras-chave: Atenção à saúde, saúde da criança, saúde do adolescente, fonoaudiologia, relações profissional-família

APRESENTAÇÃO: A emergência de novos discursos em relação à saúde em uma perspectiva de atenção integral e promoção da saúde, como uma estratégia de articulação que visa o favorecimento da qualidade de vida do sujeito e da coletividade, produz ações voltadas a melhorar as condições ambientais, sociais, culturais, econômicas e políticas, de modo a criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade (Brasil, 2010). Nesse sentido, considerar o sujeito em sua singularidade, pressupõe valorizar suas condições de saúde (habilidades e dificuldades), ambiente e socialização. Além disso, estimar/considerar a participação dos familiares nas práticas do cuidado de

crianças e adolescentes com alteração de linguagem, um vez que na família que se estabelecem relações diversas sob diferentes pontos de vista (Sarti, 2004), em que a promoção de saúde assume grande importância. A atenção à família constitui fundamento essencial no cuidado da criança e do adolescente, entendendo-a como parte do atendimento em consonância com as políticas de promoção de saúde (Serapione, 2005). As alterações de linguagem, campo de atuação de vários profissionais de saúde, dentre os quais o fonoaudiólogo, são, tradicionalmente, abordadas com base no modelo biomédico. Nessa perspectiva, os objetivos e metas terapêuticas são traçados a partir do déficit, isto é, do orgânico ou do patológico. Interessa aqui uma abordagem em que se valorize as demandas de vida e as habilidades necessárias para alcançá-las, entendendo as alterações de linguagem como parte da vida dessas crianças e adolescentes e não como um problema ou uma questão patológica como considerada por esferas sociais não inclusivas (McLeod e Bleile, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado sobre a insuficiência de programas de promoção de saúde das pessoas com alterações de desempenho e capacidade e destaca a necessidade de se compreender esse problema como questão de responsabilidade social, devido aos impactos nas mais diversas áreas da vida, trazendo como proposta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (CIF). A CIF visa operacionalizar o enfoque biopsicossocial na saúde, adotando um modelo multidimensional de funcionalidade e incapacidade, modificando o paradigma do modelo biomédico ao integrar tais aspectos, considerando que a incapacidade tem atributos internos e externos (social) em sua composição (CCOMS, 2003). Utiliza-se aqui a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde,

versão para crianças e adolescentes (CIF-CJ) como uma possibilidade de estudo em uma perspectiva positiva da saúde no contexto das Políticas Mundiais de Saúde, contemplando a diversidade de mudanças que ocorrem no período entre o nascimento e a adolescência. (CCOMS, 2011) Observar o sujeito em sua integralidade requer do profissional analisar seu funcionamento em família, num ciclo social, além do contexto terapêutico, ou seja, nos espaços sociais em que ele se constitui como indivíduo e que repercutem em seu modo de funcionar. Portanto, a atenção à família assume grande relevância no cuidado de crianças e adolescentes com alterações de linguagem. Interessa aqui uma perspectiva de atenção integral à criança e adolescente, tendo a família como co-autora do processo de cuidar norteada pela promoção da saúde, compreender as repercussões dessas alterações nas diferentes demandas de vida das crianças/adolescentes em acompanhamento. Apresenta-se aqui parte da pesquisa de doutorado (em andamento) de uma das autoras com objetivo de investigar a percepção de familiares acerca das repercussões dos fatores contextuais nas alterações de linguagem de crianças/adolescentes utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde versão para crianças e jovens (CIF-CJ) Desenvolvimento do trabalho Trata-se de estudo de abordagem qualitativa transversal com delineamento analítico descritivo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob CAAE nº 09980012.1.0000.5404. Participaram da investigação 24 familiares de crianças e adolescentes com alterações de linguagem em acompanhamento fonoaudiológico em uma clínica-escola do interior de São Paulo, Brasil. Para a coleta de dados foi realizado levantamento dos prontuários das crianças e adolescentes para caracterização do perfil sociodemográfico e entrevistas

semiestruturadas com os familiares, transcritas para análise, da qual, a partir dos núcleos de sentido que emergiram do conteúdo, foram selecionados os domínios classificados pela CIF-CJ. Para análise descritiva foi utilizado o SPSS e análise de conteúdo temático das entrevistas. As entrevistas versavam sobre a maneira que os familiares viam as crianças/adolescentes em seus momentos de rotina, sua fala/linguagem e qual o impacto das alterações de linguagem em suas relações cotidianas. A classificação dos domínios seguiu as instruções apresentadas na CIF-CJ. Os qualificadores variam seguindo os critérios: nível 0 (zero) correspondente a nenhum problema ou dificuldade, nível 1 (dificuldade leve), nível 2 (dificuldade moderada), nível 3 (dificuldade grave), até ao nível 4 que elenca um problema ou dificuldade total ou completa. O nível 8 corresponde ao grau de incapacidade que não esteja especificado, e o nível 9, para o domínio que não seja aplicável. Em relação aos fatores ambientais (e) estes podem ser considerados como facilitadores (utilizando-se um símbolo “+” a seguir ao código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto a seguir ao código numérico). **RESULTADOS E/OU IMPACTOS** Observa-se que os participantes, na sua maioria (n=15) mães, são familiares de crianças/adolescentes em segmento fonoaudiológico com tempo de frequência aos atendimentos variado e em sua maioria meninos (n=14). Gênero que apresenta também na literatura mais problemas de linguagem. Todos os componentes da CIF-CJ, que emergiram dos núcleos de sentido das entrevistas, tiveram representatividade de respostas. Nos fatores contextuais, foram encontrados maiores qualificadores como facilitadores, especialmente nos domínios de serviços e sistemas de saúde (n=11) e atitudes da família imediata (n=14) e como barreiras, os qualificadores indicaram atitudes sociais (n=9). Os domínios que

emergiram como facilitadores foram referidos pelos participantes pela qualidade dos atendimentos oferecidos e pela forma como eles lidam com as alterações de linguagem das crianças/adolescentes como exemplificado: “O meu objetivo é ele alcançar ser independente. Mas eu já vou preparando uma retaguarda, se isso não acontecer, já tá preparado”. Já as barreiras podem ser exemplificadas, no domínio de atitudes sociais pelo exemplo: “Infelizmente a gente vive numa sociedade muito discriminativa, que discrimina muito né, até pela própria educação não ter a convivência, a pessoa discrimina de olhar, ver ela babar. Quando era aquele nenezinho, tudo bem, todo mundo aceitava, quando tá grande a outra criança olha de outro jeito e rejeita.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados mostram que as alterações de linguagem repercutem em diferentes aspectos da vida das crianças e adolescentes, conforme demonstra a análise utilizando-se a CIF-CJ. Na percepção dos familiares, os fatores contextuais influenciam em diferentes âmbitos do viver das crianças e adolescentes, favorecendo ou dificultando suas demandas no caminhar da vida. Os achados reafirmam a importância de uma análise voltada ao cuidado do sujeito em sua integralidade, de modo a compreender e contemplar suas dificuldades, potencialidades e habilidades na atenção clínica terapêuticas.

COMO É O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL FEITO PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PARÁ?

Eric Campos Alvarenga, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Lorena Cunha de Souza, Regina Fátima Feio Barroso

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o

atendimento em Saúde Mental realizado pelas equipes de Saúde da Família do Estado do Pará. Analisando estudos que descrevem práticas de atendimento em saúde mental na Atenção Básica, é possível observar que, entre estes profissionais, ainda há certa insegurança em lidar com casos de sofrimento mental. A formação destes, por ser mais generalista em sua grande maioria, leva a dúvidas quanto ao cuidado que deve ser realizado. O que nos leva a constatação de que estes profissionais precisam de um acompanhamento mais próximo. Nos atendimentos em saúde mental na atenção básica, ainda se observa vasta utilização de benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos são medicamentos cujo efeito é ansiolítico e, em muitos casos, amplamente receitado e esta prática produz a “resolução mágica” de problemas pessoais, sócio-afetivos e profissionais, encontrados no medicamento. O uso continuado provoca tolerância (organismo necessita de doses maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída dos sintomas quando este é abruptamente suspenso). Outros efeitos são os déficits cognitivos que tendem a se instalar no curso da utilização desses medicamentos. Diante disso, para analisar o atendimento em saúde mental na atenção básica do Estado do Pará, utilizamos dados coletados através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), coletados no primeiro ciclo do PMAQ (2012/2013), que gerou um banco de dados de todas as equipes de atenção básica contextualizadas nos termos do programa. Este banco de dados foi inicialmente convertido para um formato de planilha eletrônica que foi analisada no software Microsoft® Office Excel® 2010. Realizou-se uma filtragem destes dados, selecionando as variáveis referentes à atenção à Saúde Mental realizadas por estas equipes, que se encontram no questionário de avaliação profissional (módulo II), do bloco “Saúde Mental e Atenção ao Usuário

com Transtorno Mental” (item II.29 do módulo II). Os dados destas variáveis foram transferidos para o software IBM® SPSS® Statistics 20, a fim de realizar uma Estatística Descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas destas. Segundo informações da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde no ano 2014, existem 1149 equipes de Saúde da Família no estado do Pará. Deste total, foram analisados os dados de 353 equipes nesta pesquisa. De acordo com nossas análises, 46,7% (n=165) das equipes entrevistadas responderam que agendam consultas com pessoas em sofrimento mental em qualquer dia da semana e em qualquer horário. Já 8,8% (n=31) delas fazem agendamento em qualquer dia da semana, mas em horários específicos. Os agendamentos em dias específicos fixos em até três dias na semana e em dias específicos fixos em mais de três dias na semana obtiveram 5,9% (n=21) e 1,7% (n=6) de frequência respectivamente. Outros tipos de agendamentos correspondem a 36,8% (n=130) do total. Apesar de estas informações mostrarem que não há tantas dificuldades em uma pessoa em sofrimento mental conseguir uma consulta com as equipes, em 64,9% (n=218) das equipes não há consulta específica com “tempo maior” para este tipo de atendimento. Somente em 34,8% existe este tipo de consulta. Ou seja, poucas equipes oferecem um cuidado que se pretenda mais peculiar, com uma duração adequada que pode oferecer mais tempo para o vínculo entre usuário e trabalhador da saúde, algo essencial para situações de saúde mental e também para o próprio cuidado na estratégia de saúde da família. Em 61,2% (n=216) das Equipes de Saúde da Família, a atenção à saúde mental ocorre sem uma inserção de um profissional no campo que lhe dê suporte para o atendimento. Somente 35,4% (n=125) conseguem fazer este atendimento com profissionais especializados na área.

Apesar de poucas equipes oferecerem atendimento com profissionais qualificados para atenção em Saúde Mental, 76,5% (n=270) afirmam receber apoio ou auxílio de profissionais para a resolução de casos mais complexos, sejam eles vindos dos NASF ou do CAPS locais. As equipes, em sua maioria, não possuem registros dos atendimentos voltados para a atenção à saúde mental. 59,5% das equipes dizem não possuir qualquer registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento mental, contra 35,4% que possui estes dados. Em 83% das equipes não há registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, contra somente 13,6% que possuem. Já a respeito do registro de usuários que estão em uso crônico de benzodiazepínicos, 30,3% dizem possuir estes dados, ao passo que 67,1% não possuem. Há também poucas equipes fazendo promoção de saúde com prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Apenas 20,4% relatam fazer tal ação. Da mesma forma, apenas 7,6% fazem ações de promoção de saúde com prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos, como referido anteriormente. Este é um acontecimento que possivelmente tem relação com a baixa qualificação das equipes no atendimento em saúde mental. O atendimento a situações de saúde mental realizado pelas Equipes de Saúde da Família que avaliamos no estado do Pará mostra-se ainda insuficiente. É importante potencializar ainda mais o apoio matricial e ampliar a formação e qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras para que possam acolher de forma mais adequada os usuários que demandem atenção no campo da saúde mental. Apesar de boa parte das equipes receberem apoio de profissionais especializados, é preciso qualificar o trabalho em direção à promoção e prevenção, não somente ao atendimento da

demanda espontânea. É preciso se criar uma cultura de fazer registros dos atendimentos, pois estes são de extrema importância principalmente para a continuidade do cuidado, que é um dos cerne da Estratégia Saúde da Família. Dar visibilidade ao problema é essencial para criar novos dispositivos de atenção que acolham de forma mais adequada os usuários. Por exemplo, se a maioria não possui registro dos seus casos mais graves, ou também dos casos de pessoas que possuem necessidade de uso de substâncias psicoativas, há um acompanhamento inadequado dos casos centrado na medicalização e afastando-se da perspectiva de cuidado integral, ou sequer, encaminhando de forma adequada os usuários no sistema de referência e contra-referência preconizado pelo SUS. É preciso investir em um cuidado mais “demorado”, menos engolido pela pressão da demanda espontânea. Mas, para isso, o Estado do Pará necessita aumentar a cobertura das equipes de saúde da família e da atenção básica, que hoje cobre um pouco mais da metade (51,15%) da população paraense. Incentivos estaduais como o reforço ao Piso de Atenção Básica, baseados em indicadores e anteriormente pagos pelo governo estadual, precisam voltar a ser efetivos, já que os municípios são os entes da federação que mais gastam percentualmente o seu orçamento com a política de saúde. Por fim, há a necessidade também de mais profissionais especializados em saúde mental, especialmente de médicos psiquiatras e equipes qualificadas para dar atenção aos usuários. Sem trabalhadores e trabalhadores que compreendam a importância e estejam preparados para entender as demandas desse campo não há como avançar e superar os desafios postos neste artigo. Um dos maiores bem dos serviços de saúde são os seus trabalhadores e trabalhadoras.

COMPORTAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICÍPIO DE GUANAMBI – BA NO PERÍODO DE 2010 A 2015

Elaine Santos da Silva, Tiago Oliveira de Jesus, Cristiana Mota Costa, Cinoélia Leal Souza

Palavras-chave: Tuberculose, Epidemiologia, Sistema de Informação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A tuberculose é considerada um importante problema de saúde pública, que está alojado nos países em desenvolvimento, e é uma significativa causa de morte entre adultos jovens da faixa etária entre 15 e 49 anos (MARQUIEVIZ et al., 2013). A tuberculose é uma doença crônica, causada pelo complexo *Mycobacterium tuberculosis*, e sua forma clínica é caracterizada principalmente pelo comprometimento dos pulmões, podendo também ser extrapulmonar ou disseminada (ou miliar), a mesma é transmitida por via aérea, através de gotículas do indivíduo com a forma clínica pulmonar ou laríngea da doença ao tossir, espirrar ou falar (VILLA, 2013). Mesmo com os avanços de combate a esta patologia, o Brasil é um dos 22 países em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou, com prioridade de intervenções, pois faz parte dos que atingem 80% da taxa mundial de Tuberculose (BRASIL, 2015). **OBJETIVO:** Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo discutir sobre os casos de tuberculose confirmados na cidade de Guanambi - Bahia, do período de 2010 a 2015, buscando reafirmar a necessidade de medidas de intervenção e reavaliação das políticas de saúde, tanto no controle da doença quanto sensibilização dos pacientes à adesão ao tratamento. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, que segundo Richardson (2011) é caracterizada pelo emprego da quantificação tanto na coleta

de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. A pesquisa também se caracterizou como descritiva de corte transversal, que pode-se compreender as relações e situações sociais tanto a nível individual quanto coletivo. Além de permitir uma maior aproximação do fenômeno a ser pesquisado (MINAYO, 2010). As informações foram coletadas a partir dos dados publicados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio do DATASUS e na Vigilância Epidemiológica da cidade de Guanambi-BA, que possui 78.833 habitantes (IBGE, 2010). As variáveis selecionadas foram casos confirmados segundo sexo; casos confirmados, e segundo a faixa etária no período de 2010 a 2015. **RESULTADOS:** A tuberculose é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença, e que em 2013 ocorreram 9 milhões de casos novos e 1 milhão de óbitos (BRASIL, 2015). Na Bahia, de 2010 até 2015 já foram notificados 30. 337 casos de tuberculose. Uma questão preocupante no enfrentamento da tuberculose é o tempo para a realização do diagnóstico e início do tratamento levando ao aumento do risco de transmissão da doença, principalmente em ambientes urbanos, além de diminuir a chance de cura da pessoa (OLIVEIRA et al., 2011). Nesse contexto epidemiológico, e ainda considerando que o controle da doença é um desafio agravado por sua associação com as vulnerabilidades sociais, o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades o controle da tuberculose por meio de medidas preventivas. Muitas foram as conquistas, nos últimos 17 anos, e a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. Observa-se que uma porcentagem considerável dos portadores prefere procurar serviços de saúde mais

distantes de seus domicílios ou fora da sua área de abrangência (OLIVEIRA et al., 2011). Os dados do SINAN evidenciaram que do ano 2010 a 2015, no município de Guanambi, foram diagnosticados 56 (cinquenta e cinco casos) de tuberculose, sendo que estes foram distribuídos em: 2010 detectaram-se 13 casos; 2011 com 16 casos; 2012 foram confirmados 12 casos; em 2013 foram diagnosticados 14 casos de tuberculose; 2014 foram 6 casos, e em 2015 também 6 casos até o primeiro semestre do ano vigente. Levando-se em consideração a variável sexo, notou-se que: em 2010 foram 8 casos em homens e 5 casos em mulheres, caracterizando 61,5% e 38% respectivamente; em 2011 foram 9 casos em homens e 5 casos em mulheres, 64,3% e 35,7%; em 2012 foram 8 casos em homens e 4 casos em mulheres, 66,7% e 33,3%; em 2013 foram 6 casos em homens e 3 casos em mulheres; em 2014 e até o primeiro semestre de 2015, foram confirmados 1 caso de tuberculose em mulher e 5 casos em homens, com 85,7% e 16,7% respectivamente. Em relação à faixa etária, percebeu-se que se mantém uma variação entre as faixas etárias de 15 a 60 anos. Esses dados corroboram com o estudo de Rocha e Adorno (2012), no qual eles chegaram à conclusão que a incidência de tuberculose entre os homens é o dobro do que entre as mulheres e entre as populações mais suscetíveis multiplicam-se, como indígenas, portadores de HIV, presidiários e moradores de rua. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que, mesmo com todos os avanços, a tuberculose continua sendo um desafio para os serviços de saúde do Brasil, tanto nas capitais, como no interior dos estados, pois apesar da redução na ocorrência, a doença ainda é endêmica no país e os índices de evasão do tratamento são significativos. Uma das formas de melhoria da situação de saúde no país no que diz respeito à tuberculose é assegurar maior

acesso e qualidade dos serviços de forma integral, sem estigmas. Além disso, uso de tecnologias para diagnóstico e tratamento, e desenvolver trabalhos conjuntos com diversos órgãos, considerando as necessidades e potencialidades de cada um. É importante também o fortalecimento de ações de controle da tuberculose ainda na atenção básica e facilitação do vínculo do paciente com a porta de entrada do SUS uma vez que isso pode aumentar as chances de conclusão do tratamento e o percentual de cura da doença.

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO SOBRE A INTERSETORIALIDADE

Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Adilson Ribeiro Santos, Nathalie Oliveira Gonçalves, Sérgio Donha Yarid

Palavras-chave: Ação Intersetorial, Promoção da Saúde, Saúde Pública

INTRODUÇÃO: O conceito ampliado de saúde indica a necessidade de ações que estabeleçam diálogo intersetorial, a fim de operacionalizar parcerias e articular saberes e experiências para a solução dos problemas encontrados. Essa forma de enfrentamento, através de ações entre os setores da educação, saúde, cultura, justiça é denominada intersetorialidade. A Política Nacional de Promoção da Saúde traz a premissa básica de uma gestão transversal, integrada e intersetorial que propõe o empoderamento do sujeito para que o mesmo se coresponsabilize por seu cuidado. Ainda hoje, verifica-se um desencontro nas questões voltadas à intersetorialidade, onde, os setores da sociedade seguem em busca de suas metas e obrigações sem articulação com os demais setores. De acordo com estudos que tratam

da intersetorialidade, é possível notar que existe um distanciamento entre os setores educação e saúde. Os profissionais do setor saúde deve lançar mão de ferramentas e estratégias com intuito de adequar-se ao papel de educador, buscando garantir a autonomia dos usuários sobre seu autocuidado e sensibilização dos mesmos para adoção de hábitos de vida saudáveis. O setor educação por sua vez, tem papel considerável na transformação social, atuando diretamente no direcionamento dos preceitos do exercício da cidadania, bem como para a promoção da saúde. Assim, o que se espera com a intersetorialidade é mais que a união de setores, mas sim, criar uma dinâmica entre as redes de atenção para direcionar o aparato governamental com base territorial e populacional. Desta forma, as redes de cooperação, planejamento de metas deve ganhar o espaço das ações isoladas. A união entre os setores educação e saúde é fundamental para a concretização da promoção da saúde, pois, segundo Rodríguez, Kolling e Mesquida, “a saúde e a educação são inseparáveis e interdependentes, pois, para se ter educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo em que a saúde só é alcançável quando se tem uma boa educação”. Neste contexto, o objetivo deste trabalho é analisar as concepções dos profissionais dos setores educação e saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Foram participantes do estudo 14 profissionais, sendo 06 enfermeiros, 07 professores e 01 coordenador pedagógico das Escolas e das Unidades de Saúde da Família – USF da sede do município de pequeno porte no recôncavo da Bahia. Como critério de inclusão, enfermeiros das equipes de Saúde da Família que estavam em exercício da profissão há um ano, docentes das duas instituições públicas estaduais do ensino fundamental que a pelo menos um

ano ministram disciplinas ligadas a Ciências da Saúde e o coordenador pedagógico. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado para a entrevista dos profissionais. As entrevistas foram gravadas, codificadas e transcritas na íntegra e posteriormente foi realizada a exploração do material e categorização do conjunto de falas com o objetivo de identificar os sentidos dos discursos. Os informantes foram identificados no texto por letra e número, de acordo a ordem crescente das entrevistas realizadas, ou seja, entrevistado Enfermeiro nº 1, (E1), entrevistado Professor nº 1 (P1), assim sucessivamente. A análise de dados deu-se por meio da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Este estudo foi acompanhado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, tendo recebido parecer favorável com o parecer nº 21803. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Da avaliação dos depoimentos dos participantes emergiu uma categoria relacionada à concepção dos profissionais acerca da intersetorialidade e uma subcategoria referente centralização das ações que foi sinalizado pelos profissionais. Categoria 1: Concepção dos profissionais acerca da intersetorialidade. Foi possível notar nesta categoria que os profissionais dos setores saúde e educação demonstraram que intersetorialidade envolve ações de diversos setores da sociedade, aliando planejamento e metas para atender as necessidades de saúde da população o que corrobora com o pensamento de autores de outros estudos sobre a intersetorialidade, tendo a intersetorialidade como a junção de conhecimentos para a resolução de problemas da coletividade. E1: A intersetorialidade seria no meu ponto de vista, várias secretarias, exemplo, de saúde, educação, desenvolvimento social, esportes, se aliassem para um objetivo, e que fossem traçadas metas, planejamento e programação em conjunto para que o

resultado respondesse a maior parte das necessidades da população [...] P6: O setor educação e saúde devem estar ligados, pois as concepções de saúde começam a ser elaboradas na escola [...] P7: Entende-se que sejam os setores interligados em prol de uma ação coletiva [...]. Observou-se também em algumas falas na concepção dos setores focadas na solicitação dos setores que, quando solicitadas, são atendidas além de sinalizarem a demora em resolver demandas requeridas. E3: Quando precisamos, é claro que podemos contar com os outros setores, por exemplo, a equipe do NASF é uma ação intersetorial e que nós temos a disposição. A ação social também, apesar da lentidão, ajuda [...] E5: Com relação ao setor transporte mesmo, eu tenho esse apoio. Assim como a assistência social, que sempre precisamos de apoio psicológico também. Subcategoria 1.1: Centralização das ações: Foi possível identificar nas falas abaixo que as ações dos setores ocorrem de forma centralizada, sendo cada setor focado na sua demanda, não interagindo com os demais setores da sociedade. E2: No caso, aqui no município vejo ações centralizadas, sem muito efeito, sabe? [...] E3: A intersetorialidade aqui no município sinceramente, não anda bem. Vejo cada um em seu “mundinho” P2: Acontece, porém quando solicitamos a secretaria que nos envie algum profissional para a escola, para palestras. P8: Acontece de vez em quando, mas não é uma coisa efetiva aqui na escola [...]. Portanto, percebe-se que no município as ações são setoriais e desarticuladas, evidenciando ações centralizadoras, deixando de enxergar as necessidades humanas e, conseqüentemente limitando a promoção e prevenção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se observar que os profissionais do setor da saúde apontam que a intersetorialidade envolve diversos setores da sociedade aliando planejamento e metas para atender as

necessidades de saúde da população, além de indicarem a intersetorialidade como apenas na solicitação dos setores que, quando requeridas, são atendidas; o entrevistado do setor educação não conceituou o termo de forma apropriada, centralizando a intersetorialidade somente entre os setores saúde e a educação, demonstrando desta forma desconhecimento ou imparcialidade. Assim, os trabalhadores do setor saúde mostraram-se mais familiarizados com os conceitos de ações intersectoriais, enquanto os da educação mostraram pouco conhecimento do tema, relacionando às visitas dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família à escola da área adstrita. Para a concretização das ações intersectoriais entre educação e saúde no município, faz-se necessário rever as políticas públicas voltadas para a integração dos setores na sociedade.

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO: UM ESTUDO COM TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, Rebecca Soares de Andrade, Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, Lídia Ruiz-Moreno, Luciane Soares de Lima

Palavras-chave: Comunicação, Educação em Saúde, Saúde da Família

Apresentação: O presente estudo consistiu em uma Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. O objeto de estudo foi a comunicação produzida entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos, acompanhadas na Estratégia Saúde da Família. Comunicação pode ser definida como a relação

estabelecida entre trabalhador de saúde e usuários em momentos e espaços no qual ocorre o cuidado em saúde. Durante a vivência do cuidado à criança, os trabalhadores de saúde utilizam seus conhecimentos técnicos, bem como a dimensão relacional para abordar as várias questões que envolvem a atenção à criança. No nosso estudo, compreende-se todo e qualquer encontro que se efetiva entre os trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família e usuários do Sistema Único de Saúde (cuidadores/mães/crianças) como momento em que se efetiva a comunicação. Optou-se pelo estudo da concepção que estes atores sociais possuem quanto à comunicação, priorizando o grupo etário de crianças de zero a dois anos, por ser um grupo de maior vulnerabilidade no âmbito da morbimortalidade infantil, além de ser o período de maior velocidade de crescimento e desenvolvimento (Brasil, 2004). Os objetivos do estudo foram conhecer as concepções e práticas de trabalhadores de saúde e usuários no que se refere à comunicação no cuidado à criança e investigar como se processavam as práticas de comunicação nas ações de educação em saúde entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto da Estratégia Saúde da Família. As perguntas condutoras que fundamentaram o estudo foram: “Qual a concepção que trabalhadores de saúde e usuários possuem sobre a comunicação?” e “De que forma ocorrem as práticas de comunicação, entre trabalhadores de saúde e usuários, no cuidado à criança menor de dois anos?” A resposta a esses questionamentos relacionados tanto às subjetividades de trabalhadores de saúde quanto de usuários, além da observação in loco de como se organizava e se efetiva a comunicação e interação entre estes atores sociais e os usuários do Sistema Único de Saúde visa fornecer elementos para

estudos posteriores, que possam enfocar intervenções, que instrumentalizem os trabalhadores de saúde da família e cuidadores a desenvolverem conjuntamente práticas comunicativas problematizadoras e dialógicas, que agreguem o conhecimento técnico-científico aos saberes populares no cuidado à criança menor de dois anos no contexto da Estratégia Saúde da Família, permitindo a construção de processos de ajuda e compartilhamento de informações, experiências e saberes entre estes sujeitos. Desenvolvimento do trabalho: Estudo qualitativo, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família no município de Jaboatão dos Guararapes-Pernambuco, com trabalhadores de saúde e mães/cuidadoras de crianças menores de dois anos. Os instrumentos para coleta foram entrevistas semiestruturadas e observação participante. As entrevistas foram realizadas na Unidade e nos domicílios e a observação ocorreu em consultas de enfermagem em puericultura, atendimentos da dentista e grupo de educação em saúde. Os dados foram gravados e transcritos para análise, por meio da Análise de Conteúdo de Bardin e analisados sob o referencial teórico da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. A Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas tem subsidiado investigações no campo da inter-relação entre trabalho, saúde e comunicação (CRACO, 2006), mostrando-se apropriada para o entendimento da comunicação como subsídio para o entendimento entre os sujeitos envolvidos (racionalidade comunicativa) e superando a visão instrumental da comunicação voltada ao êxito (racionalidade instrumental) (HABERMAS, 2003; HABERMAS, 2012). Esta teoria está relacionada aos estudos da Hermenêutica, a qual se ocupa em estudar as interações linguísticas entre seres humanos, de forma a elucidar a tríplice relação de um proferimento: 1) como expressão da intenção de um falante a um ouvinte; b)

como expressão para o estabelecimento de uma relação interpessoal entre falante e ouvinte e c) como expressão sobre algo no mundo (HABERMAS, 2003). O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar Oswaldo Cruz/Procapes, obtendo parecer favorável, sob o número CAAE 0058.0.106.000-11. Resultados: Participaram 11 trabalhadores de saúde e 33 cuidadoras/mães de crianças de zero a dois anos, das quais 19 participaram da entrevista semiestruturada e 14 da observação não participante. Quanto à concepção de comunicação por trabalhadores de saúde e usuários identificaram-se duas concepções distintas, uma denominada instrumental, pelas características de domínio e repasse de informações na direção do trabalhador de saúde para o usuário e outra, denominada compartilhada, por ser entendida como comunhão de saberes entre o trabalhador de saúde e usuário, contendo aproximações aos pressupostos da Teoria da Ação Comunicativa. Na observação das práticas de educação em saúde, foram observadas 10 consultas de enfermagem em puericultura, quatro atendimentos da dentista e um grupo de educação em saúde voltado para gestantes. Nesses momentos, identificou-se que a comunicação seguia uma lógica unilinear e instrumental, baseada na normatização sobre a vida dos usuários, sem a presença do intercâmbio de saberes. Acredita-se que a busca por uma prática comunicativa que promova maior diálogo entre o saber científico e outros saberes, como o popular, oriundo da cultura e tradições deve ter início durante a graduação dos profissionais de saúde, com a abordagem da comunicação não como instrumento de trabalho meio-fim para a obtenção de informações do usuário e normatização do profissional de saúde, mas como prática que promove o intercâmbio de saberes e resulta em práticas de

promoção da saúde significativas tanto para o profissional como para os usuários. Esse processo deve ser estendido por meio da Educação Permanente em Saúde a todos os trabalhadores integrantes da equipe. Considerações finais: A comunicação nas práticas em saúde precisa superar o aspecto unilinear, para a busca de um modelo dialógico, que esteja concatenado com os princípios filosóficos da Estratégia Saúde da Família. Os trabalhadores de saúde devem ser sensibilizados para práticas comunicativas dialógicas, tanto durante a graduação como nos processos de educação permanente em saúde, de modo a contribuir para um diálogo que permita o intercâmbio entre o saber técnico-científico e o saber popular, visando à elaboração de planos de ação com quadro de referência comum e compartilhado.

CONCEPÇÕES SOBRE A COORDENAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Italo Ricardo Santos Aleluia, Maria Guadalupe Medina, Patty Fidelis de Almeida, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Palavras-chave: Coordenação do cuidado, Atenção, Integração, Continuidade

APRESENTAÇÃO: A crescente prevalência das condições crônicas no cenário epidemiológico brasileiro exige transformações na organização dos serviços de saúde que viabilizem melhorias na integração e continuidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) assumiu papel prioritário para integrar cuidados, serviços e informações e tem como atributo fundamental a coordenação do cuidado (SCHMIDT et al., 2001). No âmbito da APS, faz-se necessário que o cuidado esteja orientado por práticas de coordenação, com vistas a integrar os níveis assistenciais, facilitando assim, o ordenamento de fluxos

e contrafluxos de pessoas, produtos e informações para garantir uma atenção sincronizada (ALMEIDA et al., 2012; GIOVANELLA, 2011). Nesse sentido, estudos ressaltam que as ações de coordenação do cuidado possibilitariam melhorias na continuidade e na integralidade da atenção, na medida em que reduziriam barreiras de acesso aos distintos serviços de saúde, articulando-os em tempo e local oportunos (PIRES et al., 2010; MARTINEZ et al., 2009). Apesar da existência de inúmeros estudos na literatura nacional e internacional sobre a coordenação do cuidado, pode-se afirmar que ainda há uma importante dificuldade na definição do seu significado. Vários termos e modelos têm sido utilizados como sinônimos ou em conjunto, sendo difícil interpretar a inter-relação entre eles e chegar a um denominador comum, sobre o que seria, de fato, a coordenação do cuidado à saúde. O objetivo desse trabalho foi sistematizar o conhecimento da literatura internacional e nacional sobre a coordenação do cuidado à saúde. MÉTODO: Esse trabalho é parte da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, realizado na Universidade Federal da Bahia, pelo autor. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional. O estudo compreendeu a revisão de artigos, teses de doutorado e/ou documentos técnicos institucionais. Os textos incluídos nesta revisão derivaram das bases de dados científicas Pubmed, Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo a busca realizada no período de outubro a novembro de 2013. Foram incluídos textos que tratassem sobre concepções da coordenação do cuidado e que estivessem publicados no período 1994 a 2012, redigidos nos idiomas inglês, espanhol e português. Utilizou-se combinações e operações booleanas, a partir de descritores previamente definidos e categorizados nas bases de dados Pubmed (MeSH Terms)

e nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), além dos unitermos presentes nas publicações identificados nas leituras exploratórias sobre a temática, ambos nas línguas inglesa e portuguesa. Para os Meash Terms funcionaram como descritores Care Continuum; Patient Care Continuity, Cordination Care; Coordination of Care; Integrated Delivery System e Primary Health Care. Já para a busca dos textos nacionais os unitermos utilizados foram Coordenação do Cuidado, Atenção Primária à Saúde, Integração do Cuidado, Continuidade da Assistência ao Paciente; Integração Assistencial e Sistemas Integrados. A análise dos textos foi realizada qualitativamente através de uma matriz para sistematização dos resultados onde se compilaram informações de forma horizontal e vertical entre os documentos incluídos. Para esse estudo considerou-se como concepções da coordenação do cuidado características, elementos, mecanismos ou instrumentos para integração de ações, de serviços de saúde, para definição de fluxos assistenciais, comunicação e monitoramento dos usuários no interior de um mesmo nível de assistência ou entre estes. RESULTADOS: A partir desta revisão foram evidenciadas várias concepções sobre a coordenação do cuidado. Dentre elas, destacaram-se as práticas para integração de serviços e ações de saúde, a organização deliberada à atenção à saúde, a interação entre prestadores, a articulação de intervenções multiprofissionais, a promoção da continuidade assistencial, a otimização do tratamento, estratégias de articulação entre APS e atenção especializada, o gerenciamento de fluxos de informação, a construção de planos terapêuticos compartilhados e a comunicação entre profissionais e serviços. Nas vertentes explicativas para o surgimento da coordenação do cuidado, três proposições foram apontadas. A primeira derivada da necessidade de controle de custos,

da qualidade da atenção e satisfação dos usuários; a segunda relativa ao crescimento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que exigiu práticas centradas nos usuários e necessidades de saúde; e a terceira que emergiu da necessidade de superar a fragmentação dos sistemas de saúde. Sobre os objetivos da coordenação do cuidado, grande parte dos autores destacou a promoção da continuidade assistencial, a melhoria da qualidade, o potencial de interferir na redução dos custos da atenção à saúde e a organização da oferta e do acesso, em tempo e local oportunos. Outras concepções trouxeram a ideia de componentes e mecanismos para coordenar o cuidado. No que concerne aos componentes os mais citados na literatura foram o planejamento da assistência individual, a padronização de condutas, a comunicação e a troca de informações entre profissionais de distintos níveis de atenção e, entre estes, com usuários e familiares, o referenciamento e o monitoramento dos usuários. Com relação aos mecanismos de coordenação mais referidos, a literatura apontou a construção compartilhada de planos assistenciais com a previsão de ajustes, a depender da necessidade do usuário; a utilização de guias, protocolos clínicos, mapas e diretrizes terapêuticas baseadas em evidência; o registro regular e a identificação de profissionais e equipes de referência; o registro dos encaminhamentos realizados seja manual ou por meio de tecnologias de informação; o compartilhamento de informações entre profissionais e entre estes e usuários, a avaliação dos resultados e impactos na condição de saúde do usuário. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados desse estudo delineiam as principais concepções nacionais e internacionais, relativas à coordenação do cuidado à saúde. A presente sistematização permitiu evidenciar que há um grande dissenso na literatura sobre a coordenação do

cuidado à saúde, há pouca clareza sobre os mecanismos de operacionalização dos componentes e mecanismos citados, bem como não foi identificado um marco teórico-conceitual que orientasse caminhos metodológicos para a mensuração da efetividade e o grau de implantação de intervenções relativas à coordenação do cuidado pela APS. Em suma a presente revisão permitiu concluir que a coordenação do cuidado pode ser entendida como um processo que visa integrar ações e serviços de saúde, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

CONSUMO DO NARGUILÉ E SEUS PRINCIPAIS EFEITOS NO ORGANISMO

Ana Beatriz Carneiro Ferrari, Nayara Cristaldo Maciel, Ariane Calixto

Palavras-chave: Narguilé, Cuidados de Enfermagem

O narguilé, também conhecido como cachimbo d'água ou Hookah é um dispositivo para fumar, no qual o tabaco é aquecido e a fumaça gerada passa por um filtro de água antes de ser aspirada pelo fumante, por meio de uma mangueira. Estudos associam o uso do narguilé ao desenvolvimento do câncer de pulmão, doenças respiratórias, doença periodontal, além de expor seus usuários a inalação de nicotina em concentração que causa dependência (INCA, 2013). Dados da Pesquisa Especial sobre o tabagismo (PETab) - realizada em 2008 pelo IBGE em parceria com o INCA, - apontam que o cachimbo de

origem oriental tinha, na época quase 300 mil consumidores no país. Informações da pesquisa Vigescola evidenciaram a alta prevalência do consumo do narguilé entre escolares de 13 a 15 anos em 2009 (IBGE2009). Devido a sua estrutura, o narguilé é feito para ser usado em grupo. Por conta de ser sociável, muitas pessoas acreditam que fumar somente aos fins de semana, os mantém longe dos riscos trazidos pelo fumo. Como sabemos a nicotina causa dependência, é também possível que outra pessoa comece fumando narguilé e então passe a fumar outros derivados do fumo, como o cigarro "comum". Além do mais, muitas doenças podem ser transmitidas através da "mangueira" que é dividida na roda de pessoas. Observa-se que os jovens vivem buscando alternativas de lazer e usam essa prática como uma forma de distração em grupo ou em apenas uma roda de conversa. Acredita-se necessário caracterizar a necessidade de melhores programas de educação preventiva nas universidades e em escolas, possibilitando ao estudante o conhecimento do que é, como funciona e os seus efeitos provocados no organismo. O objetivo desse estudo é caracterizar o consumo desse fumo entre os acadêmicos dos cursos da Universidade Anhanguera Uniderp, relacionando o conhecimento desse assunto e os efeitos que são causados no organismo.

CONTEXTOS RECREATIVOS NOTURNOS DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC: REFLEXÕES INICIAIS PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA PARTICIPATIVA

Altamir Trevisan Dutra, Murilo Cavagnoli, Myriam Aldana Vargas Santin, Daniela Zawadski, Ana Carolina Duering, Isis Dettweiler, Caroline Chioldeli, Augusto Schimidt, Vanessa Corralo

Palavras-chave: Contextos recreativos noturnos, pesquisa ação participativa, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho discute o tema dos contextos recreativos noturnos a partir de reflexões de uma experiência de pesquisa ação participativa. Trata-se de uma abordagem colaborativa e de investigação que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa. Nesse tipo de pesquisa, elege-se um tema de pesquisa com importância para a comunidade-alvo e combina-se conhecimento com ação para alcançar a mudança social, melhorando a saúde da comunidade e diminuindo as desigualdades (MINKLER; WALLERSTEIN, 2008). Essa abordagem de investigação assume uma forma sequencial e cíclica de diagnóstico, planejamento, ação e reflexão, conduzida com e pelas pessoas visadas no programa, em cujo processo o poder é compartilhado, o que constitui, por si só, a diferença para com as metodologias de investigação tradicionais (CORNWALL; JEWKES, 1995). Outro ponto que cabe destacar é a busca por um conhecimento gestado de modo dialógico, em uma forma de investigação que considera, de modo especial, os sentidos produzidos na interlocução constante entre pesquisadores e pesquisados. A vida noturna é um momento comum de lazer e é vivenciada e organizada de forma peculiar em cada cidade brasileira. No entanto, várias pesquisas apontam que esses momentos de lazer podem ser também lugares propícios a violências e comportamentos de risco que causam danos à saúde e à população em geral, muitas vezes pelas características específicas do lazer noturno (CALAFAT et al, 2007). Esses contextos são um fator de risco para o uso de drogas e outros comportamentos de risco relacionados a ele (sexualidade de risco, violência, condução de veículos). METODOLOGIA: Este estudo teve como objetivo apresentar

características de ambientes de diversão noturna e de distintos grupos de jovens presentes na cidade de Chapecó-SC, Brasil, e foi concebido por integrantes do Núcleo de iniciação científica direitos políticos sexuais e reprodutivos: implicações e desafios no seu reconhecimento da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó. Neste trabalho apresentaremos algumas reflexões sobre experiências de pesquisa ação participativa que utilizamos durante a fase inicial do estudo. A concepção e as metodologias utilizadas estão articuladas com o IREFREA Portugal-Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco em Crianças. O IREFREA é uma associação não governamental fundada em 1997 que se dedica à investigação dos comportamentos desviantes da juventude e respectiva prevenção primária, bem como ao estudo dos aspectos associados aos fatores de risco e proteção desses jovens. As metodologias que utilizamos procuram aplicar e adaptar instrumentos criados e avaliados em algumas cidades europeias, de países como Áustria, República Tcheca, Alemanha, Grécia, Itália, Portugal, Eslovênia, Espanha, Reino Unido). Para tanto, a busca de informações foi realizada através do Kit de Avaliação de Diversão Noturna (Karen). O Karen pode ser considerado um método de estimativa rápida que permite a abordagem comparativa entre os contextos de vários lugares. Através de dados qualitativos e quantitativos foram obtidos os dados e informações, descrevendo a cidade de Chapecó, as áreas recreativas da cidade, os locais recreativos, e as pessoas que saem à noite. As informações coletadas no município de Chapecó compreenderam o levantamento de dados secundários, provenientes de diferentes fontes, e dados primários criados pela equipe de pesquisa, basicamente, de natureza qualitativa (entrevistas com pessoas-chave e visitas de observação em contextos de lazer noturno). A primeira etapa do estudo teve

caráter exploratório, buscando a inserção, o reconhecimento e a apreensão de sentidos relacionados ao campo de investigação, através da observação participante. As questões centrais do estudo, perscrutadas através da observação participante, se referem ao mapeamento de riscos nesses contextos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e à compreensão das “relações de gênero” (Butler, 1998). Essa etapa foi realizada por acadêmicos do curso de graduação em Psicologia da Unochapecó, na disciplina de Métodos de Observação e Produção do Conhecimento II, que busca dominar técnicas de observação e registro, entrevista e análise das informações relacionadas a pesquisas participativas. Os estudantes selecionados foram aqueles que frequentam ambientes noturnos que participaram de uma capacitação para o desenvolvimento de habilidades para interagir com informantes de diversas esferas, com diferentes habilidades comunicativas e no processo da pesquisa desenvolveram competências de investigação comuns. Ao mesmo tempo em que se fez a pesquisa de campo, foram produzidas anotações do cotidiano em diário de campo a partir de estratégias de observação e entrevista, buscando identificar características de ambientes e de distintos grupos de frequentadores de contextos recreativos noturnos na cidade de Chapecó - SC. RESULTADOS: As informações foram obtidas por seis estudantes em quatro casas noturnas, duas delas promovendo, nos momentos de observação participante, festas voltadas à música sertaneja, uma apresentando um show de rock e a última casa promovendo evento com temática orientada pela música pop. Essa atividade possibilitou a articulação de diversas teorias e métodos para ampliar o olhar através de práticas de observação, desenvolvendo o interesse pela pesquisa e contando entre professores e acadêmicos

com tutorias em grupos, visando qualificar a escrita, com relatos e fundamentação teórica, corroborando para a produção do conhecimento e formação de um profissional da Psicologia atento e crítico à realidade. Percebemos essa atividade como forma de interação entre o saber acadêmico, em seus diversos campos de conhecimento, e os saberes dos sujeitos individuais e coletivos envolvidos na pesquisa. A pesquisa de campo retratou o cotidiano e a produção de informações, através de notas descritivas (relato dos acontecimentos, descrição das atividades, reconstruções de diálogos entre os participantes, incluindo o(a) acadêmico(a) e notas analíticas – análise de implicação, contemplando reflexões teóricas e éticas). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Identificamos referenciais de boas práticas em Educação pelos Pares, mobilizando estudantes universitários para interagir com outros jovens, em contextos recreativos, principalmente na escolha da forma de como as informações foram coletadas. A metodologia utilizada foi fundamentada para conceber intervenções educativas dialógicas, criativas e culturalmente competentes; assim como ativar a mobilização comunitária no ensino superior. Dentre os resultados que cabe destacar neste estudo, estão as dificuldades para identificar padrões de consumo, ‘saúde e segurança’ relativos ao contexto recreativo e experiências de prevenção que visam garantir uma vida de lazer seguro e saudável. Outrossim, avaliamos o tipo de dados já existentes sobre o contexto recreativo noturno da cidade de Chapecó. Além disso, percebemos uma clara relação entre estilos musicais, enunciados verbais e apresentações de distintas performances de gênero e consumos (escolha do local, uso de álcool e outras drogas, etc.) em cada um desses contextos.

COORDENANDO A SAÚDE MENTAL INFANTIL DA/NA/PARA A COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO BRINCANTE

Antonio Carlos Cremasco, Andre Eduardo Mei, Gislaine Anacleto, Emelice Pereira Prado, Juliana Chiorlin, Pollyana Silva, Livia Moraes, Raphael Valentino

Palavras-chave: Grupo Brincante

APRESENTAÇÃO: Este relato traz a experiência da coordenação do cuidado ao sofrimento mental da criança e do adolescente a partir da Atenção Primária em Saúde (APS) e suas articulações – entre centros de saúde (CS) e destes com a comunidade, com o serviço especializado e com a rede intersetorial. DESENVOLVIMENTO: A partir da demanda reprimida de saúde mental infantil – em especial casos sem indicação de um transtorno ou maior complexidade clínica, como apatia, irritabilidade, casos de enurese, agressividade - em três CS de um mesmo distrito sanitário da cidade de Campinas, um grupo condutor é formado por profissionais das equipes de saúde da família identificados com a referida linha de cuidado, um terapeuta ocupacional atuante nos três CS em questão, três trabalhadoras do CAPSi e um apoiador institucional em saúde mental, com a missão de estruturar um cuidado possível. O grupo então promove algumas reuniões no centro de saúde para propor desenhos operacionais e discutir a temática do sofrimento na infância. Opta-se por estruturar um grupo comunitário de livre brincar com finalidade de avaliar, realizar seguimento dos casos leves e facilitar a referência e contra-referência com o CAPSi para os casos mais complexos. Articulou-se na comunidade a utilização do espaço físico de um salão paroquial, e doações dos funcionários dos centros de saúde compuseram o baú de brinquedos

utilizados. As articulações intersetoriais se deram em uma das escolas do território (que atende a uma das microáreas mais vulneráveis da região e acompanha a maioria dos casos encaminhados), onde o projeto foi apresentado para estreitar os laços e facilitar a liberação dos alunos no horário do grupo; na reunião de rede intersetorial sediada no CRAS local e composta por representantes da saúde, educação e assistência; ainda, em serviço especializado da assistência social responsável pelo acompanhamento de algumas famílias das crianças indicadas para o grupo. O grupo então estrutura-se com a participação de referências fixas, sendo: o terapeuta ocupacional atuante nos três centros de saúde, a terapeuta ocupacional do CAPSi, e uma profissional do PSF de cada um dos três centros de saúde, respectivamente: uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e uma auxiliar de saúde bucal. Trata-se de um grupo permanente, que acolhe crianças e adolescentes preferencialmente entre 5 e 15 anos de idade, de ambos os sexos e das áreas de abrangência dos três CS envolvidos; o número de encontros indicado para cada criança varia conforme a singularidade de cada caso; os pais e responsáveis são acolhidos à livre demanda por uma das referências. Os encaminhamentos são feitos mediante discussão nas equipes de PSF, nas reuniões de rede intersetorial ou ainda contra-referenciados do CAPSi. Os encontros possuem 1h30 de duração, onde acolhem-se as crianças novas, promove-se o brincar livre, com estimulação de projetos coletivos e cooperativos. No caso de diversas brincadeiras ocorrerem ao mesmo tempo, as referências se dividem para que cada núcleo brincante possa ter o suporte de um coordenador, ao passo que uma das referências também consiga estar livre para uma eventual atenção individualizada que surja como necessidade. O grupo finaliza-

se com um lanche coletivo e as referências reúnem-se para discutir o encontro e os casos dos participantes, afinando o projeto terapêutico e outros encaminhamentos possíveis – consultas da equipe de PSF, consultas individuais de terapia ocupacional no CS, consultas de psiquiatria no CS, seguimento no CAPSi, entre outros - quando necessários. Posteriormente, os profissionais coordenadores promovem o retorno da evolução do grupo e dos participantes às suas respectivas equipes e nos espaços intersetoriais de construção do cuidado. RESULTADOS: Observou-se que o território como eixo transversal e estruturante contribuiu para facilitar o sentimento de identificação entre as crianças e delas com o coletivo formado (batizado com o nome de “grupo da amizade” pelas crianças e adolescentes participantes). O matriciamento em saúde mental conduzido pelos profissionais da terapia ocupacional (dos CS e do CAPSi), em parceria com os demais profissionais do PSF, pôde promover o brincar livre, cooperativo e inclusivo. Tal iniciativa auxiliou no fortalecimento das habilidades psicossociais das crianças, como a lida com afetos e eventos estressores – tais como frustração, rejeição, falta de proteção, medo, tristeza, entre outros - o estímulo à comunicação não agressiva e a qualificação das relações interpessoais. Ainda, trouxe impacto na vida ocupacional, através do enriquecimento do cotidiano e das novas formas de desempenhar o brincar. Esse movimento constituiu-se num processo sólido de mudança e evolução, sentido invariavelmente não apenas no contexto do grupo, mas também no ambiente familiar, escolar e comunitário, relatado através da reavaliação dos casos com os responsáveis, com as equipes de PSF e dos outros atores componentes da rede intersetorial. A coordenação do cuidado também foi avaliada pelos profissionais envolvidos como adequada e resolutive,

uma vez que os outros encaminhamentos pensados a partir do grupo conseguiram se efetivar no cotidiano da construção da integralidade, inclusive as referências ao CAPSi e outros equipamentos da rede. Ainda, os profissionais direta e indiretamente envolvidos puderam realizar troca de saberes ao longo do processo, seja na discussão dos casos ou na própria condução das atividades no desenvolvimento dos encontros, de modo a ampliar seu aprendizado e avançar na busca pela integralidade das ações em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considera-se a experiência exitosa em seu propósito, pois além de obter sucesso na coordenação do cuidado com resolutividade, se fez promovendo o protagonismo da comunidade e invertendo a lógica medicalizante e privada. Inverteu-se a lógica medicalizante ao despatologizar o comportamento desviante e tratar os desconfortos da vida no contexto da vida, ou seja, na comunidade e não dentro dos muros da instituição. Inverteu-se a lógica privada, por sua vez, ao enfrentar o sofrimento percebido (e muitas vezes originado) na vida público-coletiva no âmbito coletivo e não no âmbito da consulta especializada individual. Destaca-se também o êxito da coordenação do cuidado pela APS a despeito de desafios como a escassez de recursos (infra-estrutura, recursos terapêuticos) e a complexidade dos arranjos e articulações entre os centros de saúde e destes com o CAPSi, com outros atores da rede intersetorial e com o território vivo e usado e seus atores.

CRISE GLOBAL, FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE E OS DESDOBRAMENTOS PARA ATENDER UMA POPULAÇÃO QUE ENVELHECE

Liliádia da Silva Oliveira Barreto

Palavras-chave: Crise da força de trabalho em saúde, Formação para o SUS, Inovações

na Educação em saúde, Saúde global, Processo de Envelhecimento

APRESENTAÇÃO: O estudo tem sua base formulada no trabalho e formação de recursos humanos para o SUS refletido a partir da experiência e construção do conhecimento realizado no acompanhamento em sala de aula com alunos e supervisores de estágio e na participação em diferentes programas de formação de profissionais de saúde em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e no acompanhamento do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET- Saúde da Família e Pró – PET/ Saúde. Destaca-se aqui o acompanhamento também de atividades realizadas com alunos idosos que retratam em suas falas o cenário das desigualdades sociais e das necessidades de saúde ainda não contempladas no modelo proposto de formação profissional em saúde para o SUS. O objetivo geral é discutir o cenário da crise global da força de trabalho em saúde e seus reflexos para a formação de recursos humanos em saúde para o SUS considerando o processo de envelhecimento no mundo. Estimativas formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) indicam que nas próximas décadas a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, tornando as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade novos desafios de saúde pública global. Em 2020, o número de pessoas com mais de 60 anos será maior que o de crianças até cinco anos, notando que 80% dos idosos viverão em países de baixa e média renda. Estudos que discutem o tema apontam a saúde como um elemento de preocupação mundial. No século XXI, fomentam-se novas configurações para a formação dos profissionais de saúde sobre parâmetros nos quais está presente a saúde global que, se configura na principal razão pela escassez severa da Força de

Trabalho em Saúde (FTS) gerada pela má distribuição acentuada dos profissionais de saúde em todo mundo, especialmente em países periféricos onde a demanda por necessidades de saúde se distanciam da proposta de formação e alocação destes profissionais. Documentos[1] que demonstram haver uma crise global da força de trabalho em saúde caracterizam-na por um conjunto de problemas relacionados às necessidades sociais contemporâneas formado por um déficit global de mais de 4 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo (WHO, 2006). Segundo a Aliança Global Health Workforce (GHWA) essa escassez é agora de mais de 7 milhões. Com as informações relatadas pela GHWA há um déficit global de 12,9 milhões de trabalhadores de saúde estimada para 2035 em relação ao limiar de 34,5 profissionais de saúde qualificados por 10.000 pessoas. As desigualdades sociais se refletem nas necessidades de saúde da população com carga de doenças e epidemias não assistidas demograficamente em todas as regiões do continente convivendo com novos e complexos problemas de saúde identificados pelas contradições de suas formas atingindo a todos e rompendo barreiras entre países ricos e pobres. METODOLOGIA: Pesquisa bibliográfica, fundamentada no método crítico dialético, de abordagem qualitativa. O marco temporal reflete as mudanças ocorridas no mundo do trabalho em saúde na contemporaneidade e seus desdobramentos com registros apresentados no Relatório Mundial da Saúde (WHO, 2006) e em estudo liderado por Julio Frenk e Lincoln Chen realizado nos EUA em 2010 em comemoração aos 100 anos de existência do Relatório Flexner sobre a Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI. Para a discussão da formação profissional de recursos humanos em saúde voltada para o SUS, utiliza-se de documentos e registros legais que se apresentam pela

Portaria/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). No eixo transversal apresenta dados da realidade sobre o processo de envelhecimento no mundo e os agravos decorrentes desta crise para o enfrentamento das necessidades de saúde. RESULTADOS: Quanto à formação de recursos humanos em saúde, a legislação do SUS orienta formação para um conjunto de competências a ser desenvolvidas como eixo estruturante do processo formativo. Propõe em todo Brasil desde 2003 com a criação da Secretaria de Gestão pelo Trabalho em Saúde (SEGTS), tanto nas escolas de saúde em diferentes níveis de formação, quanto nos espaços de atuação profissional ações com vistas à mudança do modelo tradicional, orientado historicamente na perspectiva clínica e hospitalar com enfoque apenas no tratamento de doenças, a construção prevê ações e programas ministeriais que proponham substituição do currículo tradicional. Propõe ações coletivas de promoção de saúde para que se façam presentes práticas de saúde voltadas para o processo de envelhecimento numa ação preventiva e promocional contínua e de educação permanente entre profissionais e alunos de saúde ampliando discussões intergeracionais que integre esta realidade em seus modelos e na leitura das mudanças propostas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Embora se estime aumento da população idosa em todo mundo e no Brasil na proporção de 35% do total da população, doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais já têm determinado, atualmente, maciça utilização dos serviços de saúde. O desenvolvimento de doenças, incapacidades e dependência têm sido mais frequentes dentre aqueles de baixa renda que, no entanto, não têm conseguido garantir a assistência social e de saúde que demandam. Ações preventivas

devem ser coordenadas por unidades básicas de saúde, priorizando necessidades locais. Atualmente, perto de 40% do tempo vivido pelos idosos brasileiros se dá sem saúde. Isso coloca a questão da importância de uma vida mais longa com melhor qualidade para os sobreviventes. O aumento projetado da esperança de vida aos 60 anos leva a um envelhecimento do grupo de idosos, ou seja, a um crescimento mais acentuado dos muito idosos (mais de 80 anos), entre os quais se encontra a maior proporção de deficientes, portadores de doenças crônico-degenerativas, pessoas com dificuldades para lidar com as atividades do cotidiano entre outros [1] Segundo registros da OMS no Manual para Monitoramento e Avaliação de Recursos Humanos de Saúde (2009) “Uma série de fóruns de alto nível sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a Saúde (12), o relatório de estratégia de recursos humanos de saúde da Iniciativa Conjunta pelo Aprendizado (13), a principal publicação da OMS, Relatório mundial de saúde 2006: trabalhando juntos pela saúde (4), as resoluções das Assembleias Mundiais da Saúde sobre desenvolvimento de pessoal de saúde (14), e o lançamento da Aliança Mundial sobre o Pessoal de Saúde (15), assim como certos mecanismos de parceria regional, tais como a Aliança de Ação Ásia-Pacífico sobre Recursos Humanos de Saúde (16), fizeram parte de um grupo de atividades internacionais chamando a atenção de decisão e intervenientes nacionais, regionais e internacionais, incluindo os órgãos de comunicação social, a sociedade civil e o público em geral, para a importância vital de recursos humanos de saúde em todo o mundo, especialmente a crise de RHS na África subsaariana” (p.05). Disponível em <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.detalle/id.1128/lang.pt>.

CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Lyvia Maria Torres Moura Donato, Silvana de Castro Souza, Mayara Carolina Cañedo, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerck

Palavras-chave: violência, criança, cuidados de enfermagem, enfermagem

Apresentação: A Organização Mundial de Saúde classifica a violência como doença decorrente de causas externas e a considera agravamento à saúde global. A violência contra a criança tem crescido no Brasil, sendo a principal causa de morte na faixa etária dos 0 a 19 anos. A criança como ser humano em desenvolvimento, pode sofrer sérias consequências quando exposta a ações violentas e reproduzi-las no futuro. A violência diminui a qualidade de vida das pessoas e da coletividade, provocando não somente traumas físicos, mas também emocionais e, na mais grave das formas, a morte. Para enfrentamento do fenômeno é necessária a conscientização e envolvimento de toda a sociedade. O envolvimento dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, vai muito além de tratar as lesões visíveis. Além disso, por meio da educação pode-se efetivamente implementar o cuidado, desde que haja preparo da equipe e abordagem de toda a família da criança que sofreu violência. Pretende-se nesse estudo “identificar a produção científica atual sobre os cuidados de enfermagem à criança em situação de violência”. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa, pesquisa bibliográfica exploratória descritiva e analítica de artigos de periódicos científicos indexados da enfermagem que responderam à questão norteadora: “O que a produção científica atual tem evidenciado sobre os cuidados de enfermagem à criança em situação de

violência? ”. A revisão integrativa é um método de pesquisa que, no Brasil, ainda possui um número carente de publicações, facilita a incorporação de evidências reconhecidas e promove o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas, os quais fundamentam as condutas ou tomada de decisão. Realizou-se a busca de publicações nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Systems Online (MEDLINE), Base de dados da Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Public Medline/Publisher Medline (PUBMED) com os descritores: “violência infantil”, “cuidado da criança” e “enfermagem”. A busca resultou em 143 artigos. Aplicou-se os critérios de inclusão: textos disponíveis na íntegra nas bases de dados, publicados de 2010-2015, nos idiomas inglês, português e espanhol e publicados no formato “artigo”, resultando em 24 artigos. Em seguida, aplicou-se os critérios de exclusão: artigos repetidos e os que, após leitura textual do título e resumo não respondiam à questão norteadora. Dos 24 estudos restaram dez artigos que contemplavam o objetivo e tornaram-se objetos desse estudo. Realizou-se leitura com análise e classificação dos dados, utilizando instrumento de categorização que permitiu registrar e agrupar as seguintes informações: idioma, base de dados, ano de publicação, título, autor, periódico, Qualis, descritores ou palavras-chave, tipo de estudo, objeto de estudo, justificativa, objetivo, metodologia, local de realização do estudo, temas abordados, principais dados abordados na discussão, cuidados de enfermagem propostos, considerações finais e propostas apresentadas pelos autores. Resultados: Foram estudados 10 artigos, sendo 8 disponíveis apenas em português e 2 em português e inglês, disponíveis nas de dados BDENF e LILACS

e publicados em periódicos com Qualis A2 até B3, sendo a maioria do ano 2010. Os principais temas abordados foram: cuidados de enfermagem e violência; qualificação do enfermeiro no atendimento às vítimas de violência e educação profissional; cuidado em equipe multidisciplinar; sequelas físicas e psicológicas e vulnerabilidade infantil; Sistematização da Assistência de Enfermagem; redes de proteção à criança e perfil dos atendimentos. A violência é um fenômeno multicausal e não pode ser compreendida ou enfrentada isoladamente, suas práticas de cuidado exigem enfoque sistêmico com articulação em redes para serem resolutivas. A enfermagem deve se perceber integrante desta rede e corresponsável pelo cuidado infantil na prevenção e enfrentamento da violência. O acolhimento, reconhecimento de sinais, notificação, tratamento, seguimento das vítimas e famílias, registros, planejamento de ações em saúde com equipes multiprofissionais e organização dos serviços de referência e contrarreferência, associados à articulação com o Conselho Tutelar e o Serviço de Assistência Social são elementos fundamentais e necessários para uma assistência integral à criança, produto de um trabalho em saúde interdisciplinar e intersetorial. O enfermeiro é o profissional qualificado para atuar na assistência à criança vítima de violência, proporcionando suporte emocional à vítima e à família. Os artigos selecionados evidenciaram que o enfermeiro deve prestar cuidados aos envolvidos, mantendo as seguintes prerrogativas: atuar de forma sistêmica no enfrentamento do problema, compreendendo o ciclo da violência na realidade da criança; articular-se com a rede de proteção contra a violência, reconhecendo ações que interconectem os diferentes profissionais e instituições; fornecer atuação qualificada: prestar cuidados físicos e suporte psicossocial com

base ética e legal, estabelecer vínculo com a pessoa que levou a criança, fortalecer o denunciante; realizar o processo de enfermagem; ter conhecimento científico e competência clínica, ser tranquilo, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se imediatamente em diferentes situações, perceber detalhes e ouvir as queixas de dores não faladas; atuar com competência técnica científica, ética e legal; comunicar as ocorrências aos órgãos de proteção à criança, como o Conselho Tutelar, a Promotoria Pública e o Juizado da Infância e Adolescência; cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente: identificar, notificar a situação de maus-tratos e buscar formas para proteger a vítima e apoiar a família; desenvolver ações de prevenção da violência como Educação em saúde e criação de vínculo criança-família desde o pré-natal e puericultura; Sensibilizar-se de que é corresponsável pelo enfrentamento do fenômeno. Os artigos ainda propõem: busca de novas possibilidades de atuações em redes, realização de campanhas sobre a importância da denúncia e qualificação permanente do enfermeiro e equipe multidisciplinar sobre a violência infantil. Considerações Finais: A violência é problema de saúde pública que deve ser enfrentada pelo enfermeiro inserido em equipe multidisciplinar e em articulação com a rede de proteção à criança. Apesar de elementos insuficientes para lidar com a complexidade do fenômeno, observa-se a preocupação do enfermeiro em compreendê-lo e enfrentá-lo. O estudo permitiu evidenciar as condutas e cuidados do enfermeiro frente à violência contra a criança e a importância da competência técnica, científica e legal para abordar o fenômeno em sua prevenção, tratamento e apoio no enfrentamento do problema.

CUIDADO, EQUIDADE E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NO CAPS DAVID CAPISTRANO FILHO EM ARACAJU/SE

Carlos Galberto Franca Alves, Rosângela Marques dos Santos, Maria Cecília Tavares Leite, Julio Cesar C. dos S. Paula de Menezes, Tais Fernandina Queiroz, Joana Rita Monteiro Gama, Luiz Claudio Barreto Soares, Josefa Lusitania Jesus Borges

O trabalho trata de relato de projeto de pesquisa em desenvolvimento, vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe e tem como objetivo geral conhecer como se efetiva o princípio da equidade no cuidado de pessoas com transtorno mental no CAPS III David Capistrano Filho em Aracaju/SE e, como objetivos específicos: Identificar a forma de estruturação da Rede de Saúde Mental a partir da reforma psiquiátrica em Aracaju; Refletir sobre o caminho do cuidado ofertado as pessoas com transtorno mental no SUS Aracaju; Verificar como o princípio da equidade permeia o cuidado de pessoas com transtorno mental no SUS Aracaju. A pesquisa foi estruturada segundo os princípios do Movimento da Luta Antimanicomial e das políticas de equidade a partir da reconfiguração histórica desse movimento, haja vista que, passados alguns anos de criação do SUS, percebe-se grandes avanços na viabilização do acesso aos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, diversos aspectos subjetivos ainda incidem na viabilização desse acesso, tais como preconceito, intolerância religiosa, homofobia, os quais também implicam na efetivação da universalidade, integralidade e equidade. Desse modo, para fins desse trabalho partilhamos da discussão de equidade a partir do que preconiza Senna (2002), ao ressaltar que equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são

socialmente determinadas e que transcende o escopo das ações dos serviços da área, à medida que os cuidados de saúde são apenas um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. Atualmente ainda constata-se, a existência de populações socialmente vulneráveis que esbarram em barreiras objetivas e subjetivas que impedem o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a população negra, em situação de rua, população cigana e população com transtorno mental, o que tem ampliado o debate sobre a questão e resultado na construção das políticas de promoção da equidade e educação popular em saúde, pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, destacamos a população acometida por transtorno mental e os desafios para a execução das ações nos serviços públicos de saúde mental com base na universalidade, equidade e integralidade, especialmente se considerarmos que os usuários dos serviços de atenção à saúde mental apresentam formas de vulnerabilidade que têm implicações no acesso a outras políticas sociais. A pesquisa caracteriza-se como qualitativa e de cunho exploratório-descritivo, devido à natureza de seus objetivos. A opção pelo enfoque qualitativo ocorre tendo em vista a conformação histórica da Política de Saúde Mental e do cuidado as pessoas com transtorno mental, cuja conformação decorre, também e primordialmente, da identidade cultural de determinado dessas pessoas e cujo caminho do cuidado vem sendo traçado também de acordo com as peculiaridades do contexto histórico. Por sua vez, o estudo procurará explorar o objeto de modo a levantar situações e percepções que, em outros estudos, poderão receber um tratamento mais específico. As categorias centrais da pesquisa estão sendo identificadas com a pesquisa bibliográfica, com as leituras, fichamentos e análises sobre o tema e a realidade local. Para atingir os objetivos

propostos estão sendo utilizados como recursos metodológicos a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental essa que é baseada no estudo de “materiais que não receberam, ainda, tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2009, p. 51). Nessa pesquisa estão sendo utilizados os prontuários das pessoas com transtorno mental que acessam o serviço do CAPS, mediante autorização dos gestores, conforme prevê o fluxo do serviço. Além, será utilizada também a pesquisa empírica, com a realização de entrevistas às pessoas com transtorno mental, cujo cenário é o Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano Filho e será realizada com as pessoas que possuem transtorno mental e são cuidadas nesse espaço. O universo da pesquisa é formado por 500 pessoas aproximadamente as quais residem na região sul da cidade e zona de expansão (19 bairros). A amostra da pesquisa será composta por um representante de cada bairro, ou seja, 19 pessoas serão entrevistadas e os critérios de inclusão serão os seguintes: pessoas que estejam acessando o CAPS e que, no momento da abordagem, não se encontrem em quadro de “crise”, portanto em condições de compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento de pesquisa utilizado com esses sujeitos é o roteiro de entrevista semiestruturado, com perguntas abertas e questões discursivas, haja vista a necessidade de explorar a fala dessas pessoas com o propósito de identificar como no cuidado ofertado pelo serviço as mesmas transitam pelo princípio da equidade. A categorização e organização dos dados ocorrem de acordo com a frequência e semelhança das respostas. A geração de dados quantitativos será demonstrada por meio da estruturação de gráficos os quais auxiliarão na caracterização do tema e serão analisada à luz do referencial teórico numa

perspectiva histórico crítica e com uma relação de complementaridade entre dados quantitativos e qualitativos. Como impactos do estudo destacamos: Produção de uma análise sistematizada sobre a relação entre equidade e saúde mental a partir de uma experiência local; - Aprofundar a articulação entre pesquisa e extensão, especificamente entre a equipe dessa pesquisa e a equipe do projeto de extensão “Promoção da Saúde, Equidade e Educação Popular: ampliação das trilhas, espaços e interlocutores” (Edital PIBIX 2015); Estreitar a interação das relações entre a universidade e o serviço de saúde, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação; Oportunizar aos discentes espaços de participação em pesquisa acadêmica e produção de conhecimento; - Publicizar os resultados da pesquisa de forma impressa e mediante participação em eventos científicos; - Possibilitar a construção de espaços de diálogos e encontros entre pesquisadores, educandos, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Como resultado preliminar, destacamos a construção do perfil de todos os usuários ativos no CAPS, em torno de 250 usuários, o que tem permitido a construção de consistente banco de dados sobre esses sujeitos e, ainda, o diálogo com os trabalhadores daquele espaço e a construção de projetos terapêuticos mais afinados com as necessidades em saúde dessa população.

CUIDADOR INFORMAL: A COMPLEXA TAREFA DE CUIDAR DE IDOSOS

Lêda Maria Leal de Oliveira, Bárbara Costa, Lizandra Souza, Rafaela Silva, Thayane Detoni, Maria Regina Netto, Meyriland Friaça

Palavras-chave: cuidador informal, envelhecimento, assistência à saúde

Introdução O processo de envelhecimento populacional é uma realidade vivenciada mundialmente. Inicialmente este fenômeno esteve mais afeto aos países desenvolvidos, porém, mais recentemente está progredindo de forma acentuada nos países em desenvolvimento, até mesmo nos que apresentam uma grande população jovem. Particularizando o cenário brasileiro observa-se que o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de forma acelerada, devido à expressiva redução da taxa de fecundidade que passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010 e ao aumento da longevidade dos brasileiros. Quanto a este último aspecto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), informa que a expectativa de vida ao nascer, neste mesmo período, aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010. O dado mais recente do IBGE (2013), revela que em 2013 a expectativa de vida do brasileiro chegou a 74,8 anos. O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira gera desafios para o país, sobretudo no que diz respeito à política de seguridade social, mais particularmente no âmbito da saúde. (CARVALHO; GARCIA, 2003). As doenças próprias do envelhecimento assumem particular importância para toda a sociedade. Via de regra são crônicas e múltiplas, persistem por muitos anos e requerem acompanhamento constantes e diários, medicação contínua e exames periódicos. Essas doenças geram diminuição da autonomia e autocontrole, fazendo com que seus portadores necessitem frequentemente de cuidadores (FERREIRA et al., 2012). Os cuidadores de idosos são pessoas que assumem a tarefa de cuidar de um idoso. São considerados formais ou informais. No primeiro caso enquadram-se aqueles que são contratados para exercer a função de cuidador. Normalmente são profissionais capacitados para o cuidado

com formação de auxiliar ou técnico de enfermagem. Os cuidadores informais, ao contrário do formal, são aqueles que desempenham cuidado não profissional, sem receber nenhuma remuneração, podendo ser familiares, amigos, vizinhos. São, como afirmam Rocha, Vieira e Sena (2008, p. 802) “voluntários que se dispõem, sem formação profissional específica, a cuidar de idosos, sendo que a disponibilidade e a boa vontade são fatores preponderantes” A OMS (2005) admite que no Brasil e no mundo os cuidadores informais são essenciais para o cuidado com idosos. Contudo, adverte que estes sujeitos necessitam de auxílio na prestação de cuidado aos idosos e ainda consigo mesmo, posto que cuidar do idoso pode acarretar o adoecimento do próprio cuidador. Neste estudo procuramos adensar o debate em torno destes sujeitos - cuidadores informais -, a partir de um estudo realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS de Parque Guarani) de Juiz de Fora/MG. O estudo teve como principal propósito refletir sobre a função de cuidador informal de idosos, observando os impactos da atividade em suas vidas. Método: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Iniciamos o estudo com uma ampla Revisão Bibliográfica sobre a temática em foco. Salientamos que esta revisão acompanhou todo o processo de construção da pesquisa, não se constituindo em um momento estanque. O contato com a literatura já produzida foi fundamental para que pudéssemos fazer uma análise crítica sobre a situação dos cuidadores de idosos e, sobretudo, para embasar a discussão dos resultados da pesquisa. A Coleta de Dados foi efetivada através de entrevistas realizadas com 15 cuidadores. Para a seleção dos entrevistados trabalhamos com os critérios: a) ser cuidador informal; b) o idoso, do qual é cuidador, residir na área de abrangência da UAPS de Parque Guarani/

Juiz de Fora/MG; c) o idoso, do qual é cuidador, ser acompanhado no domicílio pela equipe de saúde da UAPS; d) o idoso, do qual é cuidador, ter acima de 60 anos. Os entrevistados foram identificados a partir de prontuários de idosos, arquivados na UAPS de Parque Guarani. Para a Análise dos Dados, utilizamos a proposta metodológica defendida por Minayo (2010). Segundo a autora, a análise dos dados “obedece” três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise é a fase de organização e sistematização do material a ser analisado. A exploração do material pressupõe analisar o texto em função das categorias formadas anteriormente para sua compreensão. A interpretação “ocorre a partir de princípios de um tratamento quantitativo. Entretanto, (...) nesta fase devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Sem excluir as informações estatísticas, nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando” (GOMES, 2002, p.76). Resultados Os dados revelaram que os cuidadores são em sua maioria mulheres, relativamente jovens, com idade variando sobretudo no intervalo entre 45 a 50 anos, com ensino fundamental incompleto. Explicitaram que a tarefa de cuidar normalmente é solitária o que gera uma sobrecarga emocional, física e mesmo financeira. Esta sobrecarga traz consequências para a vida dos cuidadores, significando, na maioria das vezes, um isolamento social, renúncia ao trabalho, negligência com a própria saúde, cansaço. É também prejudicial para o idoso, já que pode comprometer todo o processo de cuidar. Em que pese os impactos produzidos na vida e saúde dos cuidadores, o cuidar é associado à ideia de troca e retribuição e, por isso mesmo, aparece carregado de sentimentos

de amor, doação, carinho. Este emaranhado de sentimento, associado à sobrecarga, aludida anteriormente, demonstram a natureza complexa do cuidado informal. Como principais obstáculos os entrevistados elencaram: a dificuldade em compartilhar a tarefa com outros; a grande dependência da pessoa cuidada; o acesso aos serviços de saúde pública; a dificuldade em encontrar os remédios necessários para o idoso, sendo, muitas das vezes, necessário entrar com ação judicial; o descaso de hospitais no atendimento; em alguns momentos a carência de capacitação técnica para cuidar do idoso. Considerando estes “achados” fica evidente a necessidade de criar estratégias de suporte aos cuidadores informais. Este parece ser o grande desafio para os serviços de saúde, sobretudo da atenção primária à saúde. Há que se criar redes de apoio as famílias; há que se proporcionar um suporte psicológico, emocional; há que se capacitar tecnicamente os cuidadores; há, enfim, que se cuidar dos cuidadores. Considerações Finais Consideramos que trazer à tona esta discussão pode contribuir para uma ação mais efetiva, sobretudo no âmbito da saúde, voltada para os cuidadores informais de idosos. Conhecer estes cuidadores e a situação em que se encontram possibilitará pensar em formas de atenuar o desgaste, prevenir agravos à saúde e contribuir para a qualidade de vida destes sujeitos.

DA SAÚDE COLETIVA AOS COLETIVOS DA SAÚDE

Monica Garcia Pontes, Daniel Emilio da Silva Almeida, Ricardo Moebus, Roseli da Costa Oliveira, Alzira de Oliveira Jorge, Vinicius Lana Ferreira

Apresentação: A criação de uma Rede Nacional de Avaliação Compartilhada – Rede RAC, em curso desde 2013, vem produzindo

uma abordagem da Produção do Cuidado no SUS à luz das Redes Temáticas propostas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos (Merhy, 2013). O objetivo deste Observatório é construir uma abordagem dos processos de trabalho nos serviços assistenciais que possa ser reveladora dos modos e da potência da produção do cuidado em saúde nestes serviços. Desenvolvimento do trabalho: Considerando que avalia quem pede, quem faz e quem usa, a pesquisa propôs-se à construção de um percurso metodológico que envolve os gestores em seus vários níveis, os trabalhadores das equipes de saúde, os familiares e os usuários, considerados como usuários-guia, para a produção do saber sobre o cuidado. Ou seja, tomando os saberes e experiências de todos estes atores como válidos e fomentando novas experiências de produção do cuidado onde todos possam construir conhecimentos sem o saber de um subsumindo o do outro, e onde se aceitam as diferenças, trabalhando permanentemente os processos de assimetrias e desigualdades (Merhy, 2009). A aposta feita é que ao se levar em consideração os saberes, experiências e desejos de todos os atores do processo de produção de cuidado em saúde nestes municípios, numa forma mais simétrica, seja possível produzir riqueza a partir da diferença, construindo assim coletivos interligados em educação, reflexão, produção permanente de saber. As principais fontes utilizadas durante esse trabalho foram: fontes documentais, prontuários, e as narrativas dos sujeitos, tanto usuários-guia, quanto trabalhadores e gestores. Foram acompanhados, em uma primeira fase, seis usuários-guia em Belo Horizonte. Estes usuários levaram-nos pelos caminhos produzidos por si na busca de soluções para os seus problemas de saúde (Merhy et al., 2014). A partir desta construção metodológica, seguimos pela produção de vários analisadores

para o processo de cuidado produzido pela própria rede. Resultados: A partir do acompanhamento dos usuários-guia e dos coletivos da saúde reconstruíam-se as trajetórias de vida de usuários que revelam os pontos operadores de produção de saúde e vida nas redes temáticas, suas limitações, e a intercambialidade de redes percorridas pelos mesmos, que constroem suas redes vivas existenciais. Foi identificado por nós que a definição do usuário guia acrescentou, abriu e iluminou os coletivos, que passaram a refletir sobre a potência das redes sendo construída/desconstruída no dia a dia dos serviços. Esse processo permitiu aos gestores, trabalhadores e pesquisadores reconhecerem que a vida requer muito além do que é preconizado em protocolos, normas e diretrizes, e que esses mecanismos normatizadores têm que ser trabalhados para que não sejam utilizados favorecendo arranjos burocratizantes e dificultadores do acesso e da continuidade na produção do cuidado. Considerações finais: As redes vivas existenciais incluem as variadas estações de produção de cuidado, constroem uma composição de redes de redes, incluem inumeráveis componentes extraclínicos e externos às redes de atenção à saúde, que conseguem produzir mais cuidado sempre que escapam e extrapolam os limites dos protocolos, sejam burocráticos, sejam clínicos, sejam epidemiológicos.

DENGUE: EFICÁCIA DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

Patricia Aline Ferri Vivian, Vanderléia Laodete Pulga, Lucimar Fossatti de Carvalho, Helena de Moraes Fernandes, Amanda de Souza, Carolina Klaesener, Renata Casarin

Palavras-chave: Dengue, doença, diagnóstico, prevenção, população, controle

APRESENTAÇÃO: O quadro epidemiológico

atual de dengue no Brasil caracteriza-se pela ampla distribuição do vetor em todas as regiões do país com uma complexa dispersão do vírus. Ao longo dos anos essa situação têm provocado a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, ocasionando um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos. No Brasil existe Programa Nacional de Controle da Dengue, baseado em diversas ações com o intuito de promoção e prevenção. O mesmo é implantado em todos os municípios do país, com o objetivo de reduzir a infestação por *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, amenizar a transmissão da dengue. O Ministério da Saúde disponibiliza recursos para execução de ações desta natureza. A organização da rede de serviços de saúde é condição para o enfrentamento de uma epidemia de dengue. O estabelecimento de protocolos clínicos, sistema de referência e contrareferência, com base na classificação de risco, torna possível o atendimento oportuno e de qualidade ao doente. Nesse sentido, o presente trabalho apresenta uma revisão de literatura sobre a importância da rede de saúde estar adequada para intervir em casos de dengue, assim como todos os seus colaboradores estarem capacitados, com o intuito de promover a saúde, agir com multidisciplinaridade e evitar óbitos. **DESENVOLVIMENTO:** A pesquisa bibliográfica mostra que a dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2,5 bilhões de pessoas (2/5 da população mundial) estão sob risco de contrair dengue¹. Trata-se da mais importante arbovirose evidenciando um sério problema de saúde pública no mundo. No Brasil, todos os recursos, programas e campanhas de prevenção não são suficientes para evitar o surgimento de casos autóctones. Dificilmente algum estado brasileiro está

preparado para uma epidemia de dengue, pois a necessidade de estrutura física, atendimentos ambulatoriais, preparação de profissionais além da dificuldade de controlar as fases de desenvolvimento do vetor, que tem ampla capacidade em se desenvolver preferencialmente em áreas urbanas, acometem um número extenso de pessoas que manifestarão a doença. O quadro epidemiológico do Brasil aponta para a vulnerabilidade de ocorrências de epidemias, bem como para um aumento das formas graves, possibilitando o risco de aumento de óbitos e da letalidade. Outro fator preocupante é o aumento de casos na faixa etária mais jovem, inclusive crianças. Ações conjuntas na área da saúde, iniciadas pelos municípios que são contemplados com os devidos recursos e devem executar os serviços, assim como o papel orientador e fiscalizador da gestão estadual e a união que distribui os recursos e fornece as devidas capacitações aos profissionais de modo interligado, são fundamentais para a execução de práticas preventivas para a saúde da população. **RESULTADOS:** A partir da busca bibliográfica realizada constatou-se que no momento em que a doença é diagnosticada com antecedência, as chances de complicações diminuem. A porta de entrada preferencial para o atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária. A organização da rede de serviços de saúde é uma das condições para o enfrentamento de uma epidemia de dengue. O estabelecimento de protocolos clínicos, sistema de referência e contrareferência. Com base na classificação de risco, torna possível o atendimento oportuno e de qualidade ao doente sendo imprescindível para evitar a ocorrência de óbitos. Porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar os riscos, atender, e, se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade e/ou necessidade do paciente, responsabilizando-

se por sua transferência. Prover os materiais EPIs e matérias adequados para o atendimento, prover as unidades de saúde de medicamentos básicos para atendimento do paciente com suspeita de dengue e adquirir medicamentos e materiais de consumo de acordo com a demanda. As unidades de saúde são as principais fontes de detecção dos casos suspeitos de dengue e, também fontes de dados para os serviços de vigilância. A rápida coleta de informações nas unidades de saúde e a qualidade destes dados são essenciais para o desencadeamento de ações de controle e prevenção no nível local. Dessa forma, é fundamental a boa comunicação entre as equipes destas unidades, bem como com as vigilâncias epidemiológica e entomológica. Destacamos a importância da atualização dos profissionais de saúde no manejo de diagnósticos diferenciais e o cuidado com a aplicabilidade dos protocolos de atendimento, assim como a preparação nos primeiros atendimentos suspeitos. O Agente de Saúde é o elo importantíssimo na prevenção e o mesmo precisa estar apto para desenvolver as suas atividades. Dessa forma, amplia-se a qualidade no atendimento e diagnóstico se os casos estão sendo atendidos em unidades de saúde com capacidade para prestar atendimento adequado e oportuno. Para tanto, deve-se considerar a necessidade de adequação da rede para prestar serviços. Mediante surtos ou não de dengue é indispensável a preparação da equipe médica na suspeita, diagnóstico e manejo clínico da doença. Estas devem evitar o reconhecimento errôneo da doença na busca incessante de diminuir a evolução e óbitos causados por essa enfermidade, pois os sintomas da dengue são semelhantes a diversas moléstias. Vale ressaltar a necessidade de orientar constantemente os profissionais de saúde através de aperfeiçoamentos e atualizações com o objetivo de preparação

para o diagnóstico precoce, bem como o controle das complicações posteriores as quais os pacientes estão sujeitos. Sugerimos adoção do protocolo único de manejo clínico para ser utilizado em todas as unidades de saúde (primária, secundária e terciária) com base no Manual Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança; disponível na página eletrônica da Secretaria de Vigilância em Saúde (www.saude.gov.br/svs). **CONSIDERAÇÕES:** Nesse sentido, a quase totalidade dos óbitos por dengue é evitável e depende, na maioria das vezes, da qualidade da assistência prestada e da organização da rede de serviços de saúde. Quanto a prevenção do vetor é necessário que a execução do programa de controle da dengue seja eficaz, os envolvidos sejam preparados, que a população receba as orientações e assumam os compromissos de promoção, prevenção e cuidados que lhe cabem no seu cotidiano de vida. Em uma epidemia de dengue ou em regiões com um elevado número de focos do mosquito é fundamental o olhar, a habilidade clínica o do médico para um rápido e preciso diagnóstico. Os processos de formação dos envolvidos nas redes de saúde, a organização dos serviços e as estratégias para o enfrentamento são medidas eficazes para diminuir o número de óbitos ocasionados pela dengue.

DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ - MATO GROSSO DO SUL - FRENTE AS VULNERABILIDADES DE TERRITÓRIO: POPULAÇÃO DAS AGUAS

Celia Maria Flores Santos

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Território, População ribeirinha

Artigo elaborado com o intuito de apresentar experiências inovadoras na assistência à

saúde para populações com complexidades geográficas, culturais e em situação de vulnerabilidade social, por meio do Sistema Único de Saúde, executado pelo município de Corumbá, estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. A Gestão de Saúde tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações rurais, das comunidades tradicionais, incluindo a população ribeirinha, por meio de ações e iniciativas que reconheçam todas as suas especificidades. O Município de Corumbá localiza-se a 420 Km da capital, Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul, na Região Centro-Oeste do país, sendo considerada como uma microrregião desse estado brasileiro pertencente à mesorregião dos Pantaneais Sul Mato-grossense. Faz fronteira com a Bolívia e o Paraguai, sendo a última cidade do Brasil, antes de solo boliviano, e a segunda principal situada à margem esquerda do Rio Paraguai. É a 4^a Macrorregião de Saúde, do Estado. Para garantir o atendimento da população ribeirinha, que vive e se relaciona com Rio Paraguai criou, em 2011, o Programa Social Povo das Águas, que leva serviços de saúde, assistência social e educação as três grandes regiões pantaneiras, no centro do pantanal sul matogrossense. Os meios de transporte utilizados para assistência, bem como a locomoção da população são lanchas, barcos e botes. Este artigo pretende, de forma singular, abordar a gestão da saúde para essa população, por ser uma região considerada de difícil acesso e apontar as particularidades de uma comunidade que tem uma identidade pantaneira e uma definição, empírica, de territorialidade. A gestão de saúde do município, além da obrigatoriedade em cumprir os dispositivos legais da Constituição Federal e do Sistema Único de Saúde, deve, sobretudo, tratar desigualmente os desiguais, por estarem em regiões que demandam estratégias e instrumentos diferenciados de assistência e serviços de saúde, que exige grande e

árido trabalho, entretanto, necessita estar concatenada (a gestão), com a dimensão do humano. Viajar com a equipe do Povo das Águas permitiu observar que, mesmo com as adversidades naturais é possível uma assistência à saúde diferenciada para uma população diferente. Os profissionais que participam do Programa Povo das Águas são hoje pertencentes à vida dos ribeirinhos e do pantanal, assim como os ribeirinhos estão para as águas do Rio Paraguai.

DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PARA O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Scheila Mai, Andre Luiz Silva, Francisco Arseli Kern, Fábio Herrmann, Maiara Bordignon, Jesica Mai, Rafael Rossetto, Bernadette Kreutz Erdtmann

Palavras-chave: Moradores de rua, Acesso aos serviços de saúde, Assistência à saúde

Introdução: Quem são eles que estão pelas ruas, pelas calçadas, pelos logradouros públicos, que vivem excluídos e discriminados, que estão expostos às intempéries, são agredidos, espancados e por vezes exterminados? São eles, População em Situação de Rua (PSR). Segundo a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, essas pessoas são definidas como: “grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos, áreas degradadas e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar” (BRASIL, 2008, p. 08). Apesar do crescimento econômico do Brasil, infelizmente, ainda há um grande contingente populacional de

Pessoas em Situação de Rua. Uma pesquisa nacional, realizada no ano de 2008, que incluiu o Distrito Federal, as capitais dos estados brasileiros e cidades com mais de 300 mil habitantes, estimou um quantitativo de 50.000 pessoas vivendo nas ruas (BRASIL, 2008b). Contudo, é válido salientar que, não existem dados concretos, uma vez que não se têm pesquisas com abrangência nacional que retratem as características da referida população. Por conseguinte, os dados acima mencionados não revelam a realidade, apenas uma estimativa, visto que as Pessoas em Situação de Rua também já fazem parte da realidade de municípios de médio e pequeno porte, os quais foram excluídos da pesquisa. Segundo a Conferência Nacional de Saúde de 1986 o direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de saúde, em todos os níveis, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986). O Sistema Único de Saúde garante legalmente o acesso igualitário, integral e com equidade aos serviços de saúde, mas em termos práticos não se vê a extensão desses direitos à população de rua (ARISTIDES & LIMA, 2009). A atenção à saúde dessa população perpassa por inúmeras dificuldades, indicando um rol de ineficiência dos serviços de saúde e um distanciamento dessa população frente às ações de saúde. Nesse contexto, o objetivo foi compreender a inter-relação das pessoas em situação de rua com os serviços de saúde, para desvelar as potencialidades e fragilidades dos serviços no atendimento a esta população. Método: trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, o qual foi desenvolvido a partir de entrevistas individuais semiestruturadas, com 14 pessoas em situação de rua, e observação participante com 20 pessoas, contemplando os entrevistados e mais seis pessoas. Este estudo respeitou a Resolução/CNS 466/12

e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados e discussão: quando esta população possui algum problema de saúde, 64,28% dos entrevistados mencionaram recorrer aos profissionais de saúde, 21,42% aos amigos e em última instância 14,28% à família, para que auxiliem no acesso ao serviço de saúde. A busca pelos profissionais de saúde se mostra como uma estratégia de resolução do problema (ARISTIDES & LIMA, 2009). Na busca por solução aos seus problemas, os serviços hospitalares são os mais acessados por essa população, em sua maioria nas situações de urgência e emergência. Confirma-se com uma pesquisa nacional que revelou que, quando estão doentes, 43,8% procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência e em segundo lugar 27,4% o posto de saúde (BRASIL, 2008). Cabe salientar que embora a unidade de saúde não seja a mais procurada, ela não deixa de ser uma referência à prestação de serviços em saúde para essa população. A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua foi assumida pela Atenção Básica (AB) a partir do ano de 2012, com a publicação da nova Política Nacional da Atenção Básica, a qual menciona que a atenção à saúde da população de rua é de responsabilidade de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a AB (BRASIL, 2012). No entanto, considerando que a população de rua não pertence a nenhuma área geográfica delimitada, acredita-se que essa população pode ficar a mercê das ações de prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde. Quando a PSR busca pela assistência na AB, 90% dos relatos indicam que as estratégias de resolutividade se voltam para o “livrar-se” do “problema” por meio do encaminhamento do indivíduo a outros serviços de rede de saúde, a exemplo do CAPS e hospital. MORIN (2002, p. 19) destaca que o “enfraquecimento de uma percepção

global conduz ao enfraquecimento do sentido de responsabilidade, cada um tende apenas ser responsável pela sua tarefa especializada". Nesse prisma, a identificação de responsabilidade do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado é imprescindível, ainda mais se referindo à PSR que, além das dificuldades reais inerentes à situação de rua, está entre o grupo de risco com maior restrição na busca pelos serviços de saúde. Os relatos apontaram que 75% da PSR acompanhada tem dificuldade em se adequar as agendas dos profissionais de saúde e em seguir horários previamente agendados. Manter rotina no tratamento ou retornos agendados nas unidades de saúde para quem vive na rua, costuma ser um desafio. Estudos mencionam que os serviços de saúde não estão preparados para o acolhimento dessa população, tanto quando são procurados espontaneamente, como quando os usuários são encaminhados por outros serviços da rede (COSTA, 2005). 64,28% dos entrevistados mencionaram o despreparo dos profissionais de saúde no acolhimento e atendimento dessa população. Dessa maneira, os princípios garantidos pelo SUS e reafirmados pela política para as pessoas em situação de rua não são condizentes à realidade, visto que se identifica a dificuldade de acesso e a contrariedade da palavra equidade, além do desânimo dessa população diante da não resolutividade dos serviços de saúde. O que faz refletir que o fato de ter os serviços disponíveis não garante o acesso. Às vezes, o acesso à saúde se torna difícil para qualquer cidadão, e ainda mais dificultoso para as PSR pois, além da espera pelo atendimento, o sujeito normalmente está sujo, por vezes alcoolizado e/ou em estado de psicose, condições essas que fazem a população sofrer preconceito pelos profissionais e/ou usuários, repercutindo em um mal atendimento (ARISTIDES & LIMA, 2009). Vale destacar que a capacitação

técnica, tem que ser acompanhada da capacidade de acolher sem tantos critérios para excluir (BRASIL, 2012). Os serviços de saúde são ofertados para toda população, todavia o acolhimento e a busca ativa, principalmente das pessoas que vivem na rua, é ainda um desafio a ser superado. A pessoa é encaminhada e não acompanhada, por vezes acaba se "transformando" em dados e fichas e deixa de ser o que é: pessoa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** acredita-se que a maioria dos serviços de saúde não estão preparados para o cuidar e o fazer saúde da PSR. Sabe-se que são indivíduos vulneráveis, que estão incluídos nas políticas de saúde como pertencentes aos grupos de risco e, numa "falsa ilusão" de encaminhamento, não são acolhidos e continuam sendo desassistidos pela maioria dos serviços de saúde. Neste contexto, destaca-se a importância da equidade na assistência à saúde, promovendo o cuidado de forma diferenciada e resolutiva, de tal maneira que se ofereça respostas significativas para os grupos singulares.

DESENHOS QUE CURAM: A AÇÃO PROTETIVA DAS PINTURAS FACIAIS BORORO

Júnior José da Silva

Palavras-chave: Saberes indígenas, Bororo, Pintura Facial, Cura

O trabalho apresentado corresponde a uma pesquisa vinculada ao programa de pós-graduação em antropologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), como procedimento de estudo foi adotado o método etnográfico que compreende uma pesquisa de campo, na qual é feita a coleta de dados a partir da observação-participante, posteriormente, a análise dos materiais coletados para, finalmente, realizar a escrita do texto. Trata-

se, portanto, de uma ciência interpretativa, que concebe o seu objeto de pesquisa a partir de um conjunto de complexos elementos que se encontram interligados, a esse emaranhado de informações Geertz (2011) chamou de teia de significados, que precisa ser decodificada pelo pesquisador, pois a exemplo de um texto, os dados que compreendem uma cultura também necessitam ser lidos e interpretados, levando em conta todos os aspectos que a compreendem. O objetivo do texto é apresentar uma análise da cultura imaterial que compõe a produção artística dos índios Bororo, destacam-se nesse contexto os traços e elementos que compõem a pintura facial, buscando, por meio desta, colocar em discussão quatro aspectos fundamentais: 1) a ação simbólica do grafismo na cosmologia Bororo; 2) o protagonismo da comunidade na construção do corpo e da pessoa; 3) os elementos preventivos e de cura da pintura facial e a interface do funeral; e 4) o papel desse saber tradicional como mecanismo no diálogo com a medicina não indígena. Os limites geográficos que compreendiam o antigo território ocupado pelos Bororos estendiam-se da Bolívia até as proximidades do Rio Araguaia, ao Sudeste do estado de Goiás. Ao Norte, chegaram a manter contato com os índios Xavante e Kayapó, que circundavam a região do Rio das Mortes, e para ao sul se estendia até o Rio Taquari. Estima-se que, aproximadamente, 10 mil indígenas Bororo ocupavam essa região. Ao longo de três séculos, tal contingente populacional, sofreu drásticas reduções, efeito de danosas e longas relações estabelecidas com o não índio, sendo marcadas por surtos de epidemias, guerras, introdução de bebidas alcoólicas, etc. O censo realizado pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1932 indicou um elevado grau de vulnerabilidade da etnia, que na época totalizavam 316 indivíduos e apontava para uma alta taxa de mortalidade infantil. Darcy

Ribeiro (1970) chegou a afirmar que os Bororo encontravam-se em uma avançada etapa do processo de extinção. Atualmente, concentrados na região do planalto central de Mato Grosso o grupo Bororo, Boe como se autodenominam, possuem, aproximadamente, uma população de 2.000 indivíduos, divididos em seis terras indígenas (T.I's): Meruri; Perigara; Tadarimana; Jarudori; Teresa Cristina e Sangradouro/Volta Grande, mantem a produção artística como uma das atividades importantes da sua sociedade, que se organiza a partir de uma lógica clânica, na qual existe uma determinação estabelecida pelos grupos rituais para a utilização dos ingredientes, materiais, traços gráficos, cores e plumárias. Segundo Albisetti e Venturelli (1962) as pinturas faciais assumem três finalidades básicas: ornamentação, tratamento de doenças e preventivo para malefícios. A utilização destes grafismos perpassa toda a vida ritual e cotidiana da aldeia, sendo introduzido durante o rito de nomeação, momento no qual a criança tem o corpo todo emplumado, deixando apenas a face descoberta para que possa receber um le (palavra bororo que significa nome de vida, porta do corpo e rosto). O xamã, no momento oportuno do ritual, sopra a face da criança e a decora, pois o rosto para o Bororo é a porta do corpo, através do qual as doenças e maus agouros tem acesso, daí a necessidade de pintá-lo, escondê-lo e protegê-lo, garantindo, assim, maior segurança para todo o corpo. Para além de toda a estrutura cosmológica presente no rito, vale destacar o protagonismo da comunidade na formação e construção do novo indivíduo social e o papel da corporalidade nesse contexto, uma vez que a pessoa carregará no seu corpo as marcas de pertencimento e identificação com o grupo, transmitidas durante os ciclos da vida, seja no dia-a-dia da aldeia ou nos rituais de passagem e iniciação. A esse processo Castro

(1979) chamou de fabricação de corpos, pois para muitas sociedades indígenas brasileiras as características adquiridas pelo indivíduo ao longo do seu crescimento, não são concebidas por meio de determinação genética ou biológica, mas sim fabricadas pela comunidade, ou seja, corpo e pessoa são moldados, esculpidos segundo as prerrogativas e estilos do grupo. Destaca-se ainda, a especificidade daquilo que pode ser entendido por cura, que na perspectiva Bororo ganha outra dimensão dada à complexa ligação deste grupo indígena com a morte, pois a pessoa Bororo é construída de tal forma que sua essência só existe plenamente depois de morto, quando é representado por outro durante o funeral. O período do desenlace do agonizante já é marcado por uma série de eventos que culminarão no início do ritual em si. Os parentes cortam os cabelos do doente e o ornamentam, cobrindo-o da cabeça aos pés com plumas (do mesmo modo como é feito no ritual de nomeação), fazem pinturas faciais, de acordo com o clã, como se o estivessem vestindo para uma grande festa. Viertler (1991) considera o funeral como uma grande cerimônia de cura para a maior de todas as doenças, a morte, doença irreversível e de profundas consequências para os sobreviventes. Durante as caças e pescarias “das almas”, que servem de fonte para a manutenção dos funerais, os jovens, responsáveis por essas práticas, devem se fortificar com pinturas que lhes escondem o rosto, um tipo de remédio que deve ser também passado pelo corpo e nas armas. Além de provocar modificações na estrutura doméstica e ritual da aldeia, o funeral, envolve-se de representações religiosas ligadas ao mundo sobrenatural, exigindo grande cuidado por parte dos participantes, a fim de evitar eventuais “castigos”, pois a noção de culpabilidade está intimamente ligada à inobservância do comportamento religioso-tradicional. Deste modo, cantos,

enfeites, objetos, ritos e os desenhos faciais, devem ser todos realizados com a máxima atenção. O estudo também mostrou que no contato com a ciência não indígena, tais saberes ainda precisam ser tratados com maior atenção, pois é comum ver idosos, jovens ou mesmo crianças que, utilizando das pinturas protetivas, ao necessitarem de um atendimento médico ter seus rostos lavados e os grafismos removidos sem nem ao menos serem perguntados da importância de tais desenhos. Por fim, a pesquisa da linguagem simbólica que perpassa a arte indígena, evidenciou que a pintura facial, no caso específico Bororo, para além de refletir a busca dos membros de dada sociedade em atribuir significado à suas ações, torna-se um poderoso veículo de expressão de identidade e afirmação étnica, mostrando a singularidade dos saberes tradicionais de um grupo em relação a outros e fazendo destes saberes um instrumento valioso no diálogo entre suas práticas protetivas e de cura com a medicina não indígena.

DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES FÍSICAS EM PACIENTES USUÁRIOS DO CAPSII DO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

Eloá Rodrigues de Souza, Annelise Morales Paulo Farezim, Leonardo Figueirola Jacques

O centro de Atendimento Psicossocial (CAPSII) do Município de Uruguaiana – RS, através do Projeto de Atenção as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTS), oferecem aos usuários diversas atividades físicas, orientado por Profissional habilitado na função. No momento tem-se uma Educação Física, inovadora e fundamentada nos princípios da educação especial que muito transformou se a partir do século XX, sendo capaz de transformar os valores vigentes estagnados, que atenda a diversidade que solidifique o partilhar

e beneficiar sem ostentar caridade, mas o respeito às particularidades, possibilitando a sociedade em ser tão exclusiva, mobilizando para amenizar a discriminação em busca dos direitos, onde a responsabilidade é de todos. Objetivo da atividade física na saúde mental é o auxílio no tratamento e da reintegração social. Baseados na realidade dos usuários amenizando o sofrimento individual e familiar, diminuindo assim o número de internações clínicas. A atenção psicossocial direciona suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade. Nesta realidade a reprodução social do sujeito com sofrimento psíquico perpassa a prática teórica e constitui um processo complexo (Benevides et al., 2010). Com isso a prática de atividades físicas exercidas na rede de atendimentos requer instrumentos e estratégias para efetivações das ações que contribuam com a saúde dos usuários. O usuário desta pesquisa tem faixa etária de 20 a 55 anos, sexo feminino e masculino, com doenças mentais, tais como, esquizofrenia, depressão, retardo mental, transtorno mental, controlados com uso de medicação. As atividades são realizadas em Oficinas/grupos terapêuticos desde o ano de 2010, com a frequência de quatro vezes semanais, oficina/grupo da Amizade (alongamento e academia ao ar livre do programa academia da saúde no âmbito do sistema único de saúde- SUS), oficina/grupo oficina do corpo e promoção à saúde (circuito funcional, alongamento, ginástica aeróbica, ritmos, caminhada e massagens), oficina/grupo de música Amor Delirante (confecção e manipulação de instrumentos), oficina/grupo atividades terapêuticas recreativas e esportivas (vôlei, handebol, basquete, futebol, bocha e tênis de mesa). O material utilizado são bolas esportivas e terapêuticas, caneleiras, bastões, colchonetes e arcos. As atividades são realizadas em locais abertos e fechados, priorizando os

ambientes abertos públicos como praças e centros desportivos. De acordo com o grupo participante relatam a satisfação e desenvolvimento da autoestima, bem estar com as atividades propostas, vincula profissional - usuário, desenvolvimento de motricidades, coletividade e integração. Na ausência de atividade física relatam sentir-se deprimidos, tristes, com dores musculares e articulares, buscando assim o serviço com mais frequência e/ou realizando atividades em suas residências. Com essas vivências notou-se como é necessário contribuir com esse tipo de ações, refletindo sobre a importância da atuação da profissão no âmbito da saúde, para que se possa contemplar a eficiência que o saber proporciona na assistência aos humanos com transtornos mentais. Concorda-se com os parâmetros curriculares nacionais quando diz que a educação física deve oportunizar a todos os alunos, independente de suas condições biopsicossociais, o desenvolvimento de suas potencialidades de forma democrática e não seletiva, visando o seu aprimoramento como seres humanos. Portanto a atividade física faz parte de um processo de educação do ser humano, se bem trabalhada e administrada poderá suprir efeitos benéficos para os doentes mentais que o praticam, assim como a sociedade.

DIÁLOGOS E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: GRUPO DE HOMENS “AMIGOS DA ILHA DE SANTA TEREZINHA”- RECIFE/PE

Patrícia Nelly Alves Meira Menezes

Palavras-chave: Educação, Saúde, Saúde do Homem

INTRODUÇÃO: A população masculina apresenta características peculiares no tocante ao cuidado com a própria saúde. A

discussão a esse respeito encontra respaldo nos baixos índices da presença deste grupo populacional nas Unidades de Saúde na Atenção Básica refletindo elevadas prevalências de mortes e incapacidades por diversas causas, com destaque para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e causas externas. A abordagem das questões de gênero amplia a compreensão dos motivos que favorecem a invisibilidade dos homens nos serviços e programas de atenção à saúde. A construção social da figura masculina como mais forte, viril e provedora também se encontra imbricada na condução do processo de trabalho das equipes de saúde. Um estudo realizado por COUTO, M.T. et al(2010) ressalta que quando os profissionais não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de cuidado, deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecem casos em que eles demonstram tais comportamentos. Esta invisibilidade é (re) construída no cotidiano mediante atitudes que atribuem à mulher a responsabilidade dos cuidados com a saúde da família. Assim, ao mesmo tempo em que a imagem da mulher está associada a tais cuidados, o homem é figurado como não cuidador, não aderente às práticas de promoção e prevenção. Por outro lado, torna-se relevante a corresponsabilidade na produção do cuidado, visto que a invisibilidade dos homens por parte dos profissionais também é reforçada pelos próprios usuários, à medida que não se reconhecem no primeiro nível da assistência. Portanto, conhecer as questões de gênero, torna-se imprescindível para reorientar as ações e estratégias na intenção de aproximar a população masculina das Unidades de Saúde atendendo às suas necessidades e fortalecendo o vínculo entre usuários e equipes. Na intenção de subsidiar ações que atendam à realidade masculina segundo suas características, o

Ministério da Saúde implantou em 2009 a POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH, MS-2009) conferindo ao Brasil o status de pioneiro em Política de Saúde do Homem em instância federal. Segundo a publicação PERFIL DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL (MS; FIOCRUZ, 2012), as diferenças nos padrões de comportamento de risco e proteção, de adoecer e de morrer atestam esta fragilidade sustentando a necessidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, voltadas para os homens, além de reforçar a necessidade de sensibilização dos mesmos para o entendimento da sua própria fragilidade e responsabilidade com a sua saúde. Com isso, o presente trabalho objetivou a ampliação da participação da população masculina na temática do cuidado com a saúde a partir da formação de grupo de convivência na USF Ilha de Santa Terezinha- DS I- Recife. Método O grupo de Homens “Amigos da Ilha de Santa Terezinha” iniciou suas atividades em setembro de 2013. Contudo, vinha perdendo força devido à ausência e afastamento de alguns profissionais para conduzir o processo. Por convite das ACS na intenção reorganizar as atividades com a inserção das Práticas Corporais e Atividade Física iniciamos uma abordagem sistêmica do grupo com a inclusão de uma escuta mais qualificada que envolveu o reconhecimento, sentidos e significados da realidade dos usuários à luz das questões de gênero e de outros determinantes sociais que se relacionam com necessidades de saúde. A opção metodológica do presente trabalho foi o uso da técnica de Grupo Focal (GF), que de acordo com Carlini (1996), é uma atividade relativamente simples e rápida, que parece responder a contento à nova tendência de pesquisa em saúde, se deslocando da perspectiva do indivíduo para a do grupo social. As reuniões foram registradas em

Diário de Campo (DC) sistematizado em três aspectos: Proposta do dia;Diário propriamente dito;Avaliação da atividade. Resultados “A importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros, há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós”. (Manoel de Barros) A análise do Grupo Focal (GF) suscitou que as aspirações do grupo extrapolam os interesses com a própria saúde, relacionando-se também com o bem-estar da comunidade. O grupo expressou suas expectativas quanto ao trabalho da equipe, e acrescentou que seria de grande valia se, além das orientações específicas repassadas sobre saúde, fossem incluídos os seguintes tópicos: Como agir em casos de necessidades de primeiros socorros;Orientações sobre serviços disponibilizados no CRAS e em quais situações devem ser solicitadas;Elaboração de oficinas a partir de habilidades profissionais que alguns integrantes possuem (marceneiro, cabeleireiro, cozinheiro) e que podem ser aproveitados por jovens e adultos da comunidade; Assim, instituímos o diálogo e a escuta como as principais ferramentas de condução do processo de trabalho estreitando a relação entre as proposições da equipe e o que realmente interessa ou faz sentido à vida da população assistida. Quanto aos Diários de Campo, a análise baseou-se na avaliação ao final de cada encontro na perspectiva da aceitação, participação e envolvimento dos usuários nas atividades propostas. É importante destacar que as práticas corporais passaram a preceder as demais atividades do grupo em todas as reuniões. Observamos que tal disponibilização refletiu em um maior interesse e adesão dos usuários às reuniões, pois para eles, este espaço representa a única oportunidade de realizar exercícios físicos com orientação. Qualificar ações de saúde requer disponibilidade de apreciação das subjetividades dos envolvidos,

reconhecendo suas necessidades individuais e coletivas. A vivência ao longo dos dez encontros junto ao grupo nos permitiu descrever resultados que alimentam as possibilidades de desenvolvimento do capital social na saúde por meio de práticas simples, porém consistentes do ponto de vista educativo. Os resultados observados ainda nos permitem afirmar que as práticas corporais por meio de grupos inseridas no contexto sociocultural da comunidade contribuem significativamente para o fortalecimento das ações de saúde na direção da autonomia das pessoas e coletividades. Com tais resultados, as atividades servirão de exemplo e estímulo para a ampliação da experiência para outras equipes e comunidades do município. Considerações finais “Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos”. (José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres) Entre muitos, estes depoimentos de quatro usuários sedimentam o objetivo do trabalho desenvolvido: “Eu aproveito muito as conversas do grupo pra o meu dia a dia” (Manassés); “Aproxima a comunidade, melhora a saúde mental e aproxima os homens do posto” (Henrique); “Acho importante porque melhorou o relacionamento da gente na comunidade e isso melhora nossa saúde” (Romeu); “Já me cuidava antes por causa do problema de próstata. Mas, agora me cuido mais. Melhorou minha vida” (Lúcio).

DILEMAS DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: VIVÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

Monica Oliveira Rios, Maria Angela Alves do Nascimento, Magno Conceição das Mercês

Palavras-chave: Dilemas, Processo de Trabalho, Estratégia de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: No Brasil, o sistema de saúde com sua rede de atenção é constituído por um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizado do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Frente a esta lógica, ainda, o setor saúde vem apresentando a racionalidade do trabalho, com características tais como as atividades cada vez mais especializadas e a alienação dos trabalhadores, os quais são ou não estimulados à reflexão para pensar em saúde numa visão também social. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a sua equipe é formada basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com objetivo de prestar a assistência integral ao núcleo familiar, de forma contínua, com resolubilidade e qualidade, frente às necessidades de saúde da população adscrita. Para tanto, entendemos que a equipe de saúde da família deve discutir as necessidades de saúde dos usuários, a partir da multi e interdisciplinaridade, de forma a contemplar a troca de saberes e aplicabilidade coerente das práticas cotidianas de saúde. O presente estudo trata dos principais dilemas do cotidiano experienciados pela equipe de saúde da família para a resolubilidade na ESF. Assim, o objetivo geral do estudo é discutir os dilemas do processo de trabalho na ESF frente às vivências dos trabalhadores de saúde.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, resultado da dissertação de mestrado intitulada “PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA RESOLUBILIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: saberes, práticas e dilemas do cotidiano”, desenvolvida no programa de

pós-graduação e pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, mestrado profissional em Enfermagem. O campo de estudo foram as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana/BA. Os participantes deste estudo foram 17 subdivididos em dois grupos, sendo o grupo I: Trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião – dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde), e o grupo II: usuários dos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a entrevista semi – estruturada e a observação sistemática. O método de análise de dados selecionado foi a Análise de Conteúdo. Por representar um estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa se baseia na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o início do processo de coleta de dados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UEFS em julho de 2014.

RESULTADOS: Dentre os principais achados no estudo destacamos que na rede pública de saúde é comum a fatídica realidade de carência profissional devido contratação insuficiente de trabalhadores para o cumprimento legal do exercício profissional, em conformidade com a demanda e com a oferta. Assim, no período que fizemos a observação notamos realmente a quantidade insuficiente de trabalhadores de enfermagem nas três unidades; duas delas com trabalhadores de atestado médico e férias trabalhistas, sem substitutas para o desempenho da sua prática. Em outra USF observada havia um déficit de contratação de trabalhadores de enfermagem, o que levou a uma das técnicas de enfermagem à justaposição de atividades, ocasionando dificuldades na execução dos procedimentos de enfermagem. De fato, são vistas algumas dificuldades devido o número excessivo de famílias cadastradas,

a contratação insuficiente de profissionais e as novas demandas de atividades da gestão municipal de saúde o que contribui para o acúmulo de atividades para a equipe de saúde da família que, por sua vez, frente aos frágeis vínculos empregatícios, omite sua insatisfação e não questiona o problema, assumindo assim todas as atividades e as executando muitas vezes, de forma inapropriada. Os problemas relacionados às questões de desvalorização profissional, incluindo baixos salários, sobrecarga de atividades e cobranças desnecessárias por parte da gestão, implicam diretamente no desempenho dos trabalhadores de saúde. Essa insatisfação dos trabalhadores de saúde foi por nós percebida, comprometendo inclusive, a resolubilidade da Produção do Cuidado na ESF, visto que suas demandas, por diversas vezes não são atendidas. Enfim, a desmotivação profissional dos trabalhadores de saúde limita a busca por melhorias no serviço e o atendimento integralmente às necessidades dos usuários. Outro importante resultado encontrado no estudo foi à constatação de distanciamento na relação entre gestores e trabalhadores de saúde, gestores e usuários. Não tivemos oportunidade, durante o período de coleta de presenciar os gestores nas unidades de saúde, enquanto apoio e colaboração com a equipe e comunidade. Porém, presenciamos alguns contatos pontuais entre trabalhador com o gestor via telefone, para resolução de problemas específicos das unidades. Muitos questionamentos de usuários na recepção das unidades falavam de responsabilidades relacionadas à gestão, como exemplo, a dúvida de muitos usuários no quantitativo das cotas para especialidades e procedimentos. Considerando - se as falas dos trabalhadores e dos usuários, assim como a observação, verificamos que, de fato, há um distanciamento, uma dificuldade de acesso a esses gestores, ou ate mesmo a não aproximação com os mesmos, visto

sua ausência no cotidiano da ESF. Porém, defendemos que a atuação desses gestores não deveria apenas se limitar as ações burocráticas ou formais desempenhadas, em sua grande maioria, na própria Secretaria de Municipal de Saúde, limitando o contato destes com os usuários e os trabalhadores de saúde, na tentativa de criar vínculos e conhecer a realidade e as dificuldades na execução da Produção do Cuidado em busca da resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família. Também verificamos durante a realização do estudo que nas agendas de atendimento dos trabalhadores de saúde, as atividades eram predominantemente as consultas definidos pelos Programas Ministeriais e poucos horários para atividades educativas. As raras atividades educativas desenvolvidas eram coordenadas e executadas apenas pelos trabalhadores de saúde do NASF. A justificativa dada à ausência da atuação da equipe de saúde foi “a falta de tempo”. Apenas em duas equipes observamos o agendamento prévio de reunião comunitária registrada nas agendas de marcação dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em síntese, os dilemas do processo de trabalho na ESF a respeito da Produção do Cuidado em saúde foram caracterizados por ações programadas por grupos vulneráveis, pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde, atividades com foco nos procedimentos e tecnologias leve - duras e duras, e multidisciplinar, complementada pela atuação do NASF, porém sem interdisciplinaridade, o que limita o acesso desses usuários ao cuidado integral e qualificado. A relação distanciada, sem vínculo, entre gestores e usuários, e entre gestores e trabalhadores de saúde, dificultando a resolubilidade das demandas de saúde da comunidade. As insatisfações salariais, sobrecarga de trabalho e justaposição de atividades também caracterizam dilemas vivenciados pelos trabalhadores de saúde, frente aos

desafios na ESF para a resolubilidade dos problemas de saúde da comunidade. Sendo assim, destacamos então que o propósito do processo de trabalho na ESF requer tanto das equipes de saúde (trabalhadores) como dos demais participantes do processo, gestores e usuários, o compromisso com a resolubilidade na Produção do Cuidado, imbuído de autonomia, saber técnico e encorajamento para o enfrentamento das dificuldades, criando assim suas perspectivas para a redução da gigante demanda reprimida ou demanda de atenção à saúde da comunidade não resolvida pela ESF.

DIREITO À SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO EM ARACAJU/SE

Rosane Souza Freitas, Ana Célia Goes Melo Soares, Rafael Gomes Ditterich, Wagner Mendonça de Moraes, Marise Santos Cunha

Palavras-chave: População em situação de rua, Projeto Redução de Danos, Saúde

A população em situação de rua é constantemente exposta aos riscos originados do próprio cenário urbano, o que a torna mais vulnerável e dificulta a efetivação dos seus direitos fundamentais. Por ser preconizado constitucionalmente, o presente estudo foca-se no direito à saúde dessas pessoas, uma vez que a mesma carece de um atendimento que respeite suas peculiaridades e as formas de sobrevivência na rua, que seja humanizado e resolutivo. A pesquisa teve como objetivo investigar sobre o acesso a saúde da população em situação de rua no município de Aracaju/SE, segundo percepções dos próprios usuários e de profissionais do Projeto Redução de Danos (PRD). No que tange aos serviços ofertados pela saúde para as pessoas em situação de rua, o citado município

está em fase inicial de implantação do “consultório na rua”, sendo este dispositivo uma estratégia idealizada pelo Ministério da Saúde em 2012 para oferecer suporte de saúde a essa população. Sendo assim, visto que o referido serviço ainda está em processo de estruturação, o acesso à saúde dessa população em Aracaju/SE ainda acontece de diversas formas. Uma delas é por meio das estratégias executadas pelo PRD, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde desta cidade, que tem como foco a defesa da vida e o compromisso ético-político com o indivíduo. Apesar das ações dos profissionais que compõem este projeto serem prioritariamente voltadas para usuários, dependentes e/ou pessoas expostas ao uso de drogas, o trabalho desenvolvido pelos redutores acontece principalmente por meio de abordagens nas ruas. Assim, as pessoas em situação de rua, por estarem nas vias públicas, são constantemente acessadas por eles. Este estudo tem como pressupostos a análise qualitativa e foi utilizada como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada, bem como a observação participante. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro e fevereiro de 2015 e desenvolvidas com os profissionais do PRD e com pessoas em situação de rua encontradas no Bairro Centro do referido município e na sua redondeza. Vale destacar que este bairro foi escolhido por apresentar alta prevalência de pessoas nessa circunstância, sendo tal fato identificado e exposto por redutores de danos responsáveis por esse território. Representando cada um desses grupos, houve a participação de 6 pessoas nas entrevistas, totalizando 12 indivíduos. Dentre os resultados obtidos referentes à categoria que reflete os objetivos do PRD e atuação junto às pessoas em situação de rua, é válido destacar que através da educação em saúde e do diálogo, os redutores de danos buscam fortalecer o vínculo com os usuários

bem como proporcionar aos mesmos o acesso a informação. Em meio às principais ações realizadas por estes profissionais nas atividades de campo, é importante ressaltar algumas como: distribuição de preservativos, copos e luvas, além de outros insumos, quando há disponibilidade dos mesmos; encaminhamentos para serviços de saúde quando o usuário apresenta alguma demanda; encaminhamentos para serviços de assistência, judiciário, dentre outros; orientações diversas sobre cuidado com a saúde. No que tange mais especificamente a população de rua, além das ações desenvolvidas já mencionadas, algo muito recorrente são os encaminhamentos para tiragem de documentação. Deste modo, para que haja efetividade nas intervenções, é imprescindível que a responsabilidade seja compartilhada entre os distintos serviços e políticas. No que tange as dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho, os profissionais do PRD enfatizaram a articulação da Rede de Atenção à Saúde, visto que o apoio conjunto é de suma importância e deve proporcionar, acima de tudo, um atendimento integral e universal ao indivíduo. De forma geral, a atuação dos profissionais do PRD influencia de forma significativa na vida das pessoas em situação de rua, o que reforça a necessidade da abordagem dos redutores de danos acontecer para além da saúde, uma vez que o foco deve ser dado ao indivíduo em sua amplitude. Sobre o acesso à saúde em geral da população em situação de rua entrevistada, o mesmo ainda não ocorre de maneira satisfatória. Fica nítido na maioria dos relatos que não há um cuidado contínuo da saúde, principalmente em relação à prevenção de agravos. Isto acontece muitas vezes devido a carência de acesso a informação, por considerarem banalidade frequentar os serviços de saúde; por terem sido destratados em atendimentos anteriores e não acreditarem na eficácia do

SUS; por não terem condições financeiras para se deslocarem até os equipamentos; dentre outros motivos que levam as pessoas em situação de rua a terem um acesso à saúde limitado. De forma geral, os usuários costumam procurar os serviços de saúde normalmente em casos de urgência, como quando possuem ferimentos graves, necessitam de cirurgias, dentre outros procedimentos. Em relação aos serviços de atenção básica, os entrevistados relataram que frequentam esporadicamente em casos, por exemplo, de realização de curativos e atendimento clínico. Foi perceptível na fala dos usuários que quando os mesmos procuram a unidade de saúde de referência para essa população, localizada no centro da cidade de Aracaju/SE, o atendimento é mais resolutivo. Lá a equipe já está acostumada com o perfil das pessoas em situação de rua, havendo então flexibilidade de horários, bem como uma menor burocracia em relação à documentação. Entretanto, os usuários que relataram buscar outras unidades de saúde, o acesso muitas vezes foi negado. Desta forma, percebe-se a partir dos depoimentos destas pessoas, bem como dos redutores de danos, que de maneira geral há um despreparo dos profissionais das unidades de saúde para acolherem as pessoas em situação de rua. Tal fato acaba fragilizando a vinculação desta população com estes serviços. Logo, apesar das dificuldades apresentadas, o PRD possibilita mais efetivamente o acesso à saúde desta população. Isto foi notável pelos pesquisadores nas idas ao campo, visto que os usuários sempre eram muito receptivos e demonstravam satisfação no contato com os profissionais. Foi muito recorrente nos depoimentos dos usuários a valorização do diálogo com os redutores, em que reforçaram que o ato de ouvir, dar atenção, conversar com as pessoas, são ações de suma importância e que trazem qualidade de vida. Desta forma, por meio

da vinculação com os redutores de danos, as pessoas em situação de rua se sentem mais valorizadas, mais humanas. Diante o exposto, é válido destacar que apesar da fragmentação do sistema e dos impasses existentes para a efetiva consolidação dos princípios do SUS, é importante que haja continuamente o fortalecimento e o empoderamento dos grupos e indivíduos para a luta e concretização dos seus direitos para além dos textos jurídicos. Por fim, a elaboração deste trabalho foi considerada de suma importância, pois possibilitou a inserção da temática da população em situação de rua nos espaços ampliados de formação, bem como estimulou a reflexão acerca dos desafios e da possibilidade de construção de novas estratégias para uma assistência a saúde mais integral e resolutiva.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO DOMÍNIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONVERSACIONES PEDAGÓGICAS NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Francisco Tavares Guimarães

Palavras-chave: Educação ambiental, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária, Promoção da saúde, Agentes Comunitários de Saúde

A reflexão sobre as relações entre saúde e ambiente tem merecido maior atenção no século XXI, a partir do reconhecimento dos importantes problemas de fundo ecológico da contemporaneidade. Neste contexto, a Educação Ambiental (EA) pode ser pensada como importante domínio da promoção da saúde, aspecto central no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com efeito, o escopo desta pesquisa reside em investigar o alcance da EA no âmbito da ESF, tendo em vista o saber-

fazer dos agentes comunitários de saúde de quatro Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Teresópolis, RJ. O resultado do trabalho foi reunido em dois artigos inter-relacionados, assim dispostos: (1) reflexão teórica, resultado da revisão da literatura sobre a participação da Educação ambiental na ESF; e (2) descrição da investigação empírica – realização de entrevista com agentes comunitários de saúde (ACS) – na qual se destacou a relevância destes profissionais, no bojo das ações da ESF, na conscientização da importância das questões ambientais junto à comunidade. Conclui-se que o saber-fazer do ACS, dentro do terreno da EA, parece ainda incipiente, na medida que se percebeu certa dificuldade dos mesmos para trabalhar os conceitos de EA junto à comunidade, pela falta de habilidades específicas para atuarem como educadores ambientais e de saúde, o que orientou a elaboração do produto final da dissertação, a cartilha Educação Ambiental e Promoção da Saúde. Por outro lado, ficou nítida a facilidade que os ACS têm de identificar os principais problemas de saúde – relacionados ao meio ambiente – da população das microáreas nas quais atuam.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS NA COMUNIDADE: UMA ESTRATÉGIA FACILITADORA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Juliana Ferreira da Silva, Deborah Franscielle da Fonseca

Palavras-chave: Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde de Grupos Específicos

APRESENTAÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) hoje consolidada como estratégia principal do modelo de Vigilância à Saúde, configura-se como uma proposta do Ministério da Saúde (MS) na tentativa

de modificar as práticas assistenciais à saúde. A ESF é responsável por desenvolver ações individuais e coletivas, que objetivam impactar condições de saúde das populações atuando em seus determinantes. Neste contexto, a Educação em Saúde constitui ferramenta que pode ser utilizada para realização destas ações, sendo definida como um processo educativo baseado na construção de conhecimentos em saúde, que requer um pensamento crítico e reflexivo visando o empoderamento das pessoas na produção do cuidado. Observa-se, entretanto, que metodologias de ensino-aprendizagem que respeitem e envolvam a singularidade dos usuários são pouco utilizadas por equipes de trabalho em saúde, não sendo incorporadas no planejamento e organização dos serviços. Na educação problematizadora ou participativa proposta por Paulo Freire, todos são sujeitos do processo de aprendizagem com igual oportunidade de troca de conhecimentos e experiências, desenvolvendo o poder de captação e de compreensão do mundo como uma realidade em transformação. A educação dos sujeitos voltada para a saúde requer, portanto, a compreensão de educação como um processo contínuo, onde o aprendizado ocorre através do desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais e não pela adaptação ou reprodução de comportamentos, e se configura pelo impacto causado no contexto sociocultural dos indivíduos. Este estudo surge, neste contexto, a partir da relevância de relatar uma experiência prática de educação em saúde em um grupo de idosos de uma Estratégia de Saúde da Família de um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Programa de Residência Profissional em Área da Saúde – Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), implantado em 2010, conta no primeiro

semestre com diversos módulos, dentre estes destaca-se o módulo de Educação em Saúde. Considerando as atividades a serem desenvolvidas no decorrer desse módulo, foram realizadas ações educativas em grupo. Este estudo trata de um relato de experiência de enfermeiras residentes na prática de grupos de educação em saúde com usuários de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. A metodologia adotada foi fundamentada por Enrique Pichon-Rivière (1998), que considera o grupo como um conjunto de pessoas, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem a uma tarefa e estabelecem vínculos entre si, sendo os vínculos considerados a base para os processos de comunicação e aprendizagem. Essa proposta pedagógica objetivou o aprimoramento das competências das residentes quanto às ações de promoção da saúde. No desenvolvimento e orientação das atividades de educação em saúde, foram utilizados conteúdos já elaborados por teóricos da área, dinâmicas e parábolas do meio social. Os indivíduos participantes foram convidados pela equipe de saúde local com base na demanda levantada pela mesma através da vivência em serviço. Estas atividades foram desenvolvidas em três dias, com encontros semanais, na sala de espera da ESF. Foram realizadas dinâmicas de acolhimento, apresentação dos participantes e discussão dos seguintes assuntos levantados pela equipe e pelos indivíduos: “o uso de psicotrópicos”, “relações familiares” com o questionamento de “Qual a família que tenho e a família que gostaria de ter?” e no terceiro encontro, “O que fazer no tempo livre?”. Em cada encontro, houve diferenciações quantitativas de usuários presentes e para o encerramento de cada um deles, propôs-se um momento de confraternização. RESULTADOS: Durante o desenvolvimento

das atividades de educação em saúde houve participação ativa dos indivíduos, onde foi possível compartilhar experiências e discutir/ refletir situações cotidianas. A abordagem do tema inicial “o uso de psicotrópicos” durante o primeiro encontro, ocorreu por meio de dinâmicas em que incentivavam os participantes a falarem sobre si, sua história de vida e o que gostavam de fazer no seu dia-a-dia. Para iniciar as atividades, realizou-se a “dinâmica do barbante”, que tem como objetivo promover a comunicação e o relacionamento interpessoal. Posteriormente foi realizada a dinâmica da “batata quente”, a qual busca promover a construção do conhecimento e discussão sobre o tema inicial proposto, por meio das seguintes perguntas sorteadas no decorrer da dinâmica: “O que mais você gosta de fazer no tempo livre?”; “Tem alguma coisa que têm prejudicado as suas atividades e o seu convívio com as pessoas no dia-a-dia?”. Atividades como ficar em casa, cuidar dos netos, fazer amizades com os vizinhos e conversar foram citadas como práticas do cotidiano. O sentimento de ansiedade foi mencionado como prejudicial em relação às atividades do dia-a-dia e no convívio com outras pessoas, mas que pode ser amenizado com a prática de atividades físicas e conversa com amigos. Para finalizar este encontro procedeu-se com a avaliação das atividades propostas e levantamento de um tema para ser discutido no próximo. Para o segundo encontro foi sugerido pelos participantes anteriormente, o tema “relações familiares”. A atividade desenvolveu-se com o discurso de cada participante a partir das interrogações: “Qual a família que tenho?”; “Qual a família que gostaria de ter?”. Todos os participantes falaram de suas origens, sua relação com a família nuclear ou com a família da segunda geração, e ainda que existam momentos de convivência conflituosa, as relações familiares são avaliadas de forma positiva.

Ao final do encontro, novamente procedeu-se avaliação das atividades propostas e levantamento do tema “O que fazer no tempo livre?” para ser discutido no próximo. A partir do tema proposto houve relato de atividades como dançar, cozinhar, pescar, ouvir música, caminhar, cuidar dos netos, visitar os amigos e realizar trabalhos manuais como forma de ocupar o tempo livre. Além disso, foi realizada uma discussão acerca das atividades levantadas e da possibilidade de realizá-las na unidade de saúde, bem como a avaliação de todo o processo educativo, que de acordo com os indivíduos foi positivo, construtor e promotor de saúde, vínculos e novas amizades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades de educação em saúde requerem dos indivíduos o desenvolvimento de autonomia e pensamento crítico que reflitam em suas práticas de cuidado. A continuidade da realização dos grupos de educação em saúde na ESF é necessária, uma vez que, durante as atividades, os indivíduos compartilham experiências e constroem conhecimentos coletivos que podem impactar positivamente em suas condições de saúde e seus determinantes.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NUMA POPULAÇÃO DE SANTA MARIA, DF

Odalys Rodriguez Suarez

Palavras-chave: Educação em saúde, Hipertensão

Diversos fatores de risco podem influenciar o desenvolvimento das doenças crônicas, principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), entre eles estão o consumo excessivo de sal na dieta, inatividade física, idade, obesidade, etc., potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos,

culturais e ambientais. O conhecimento da doença está relacionado com a melhora da qualidade de vida, redução do número de descompensações e diminuição de internações hospitalares. Este estudo objetivou o desenvolvimento de ações educativas com hipertensos adultos da área de abrangência da ESF No. 6, CSSM-1, Município Santa Maria, DF, totalizando 82 usuários. A metodologia diz respeito a construção sistemática de estratégias que analisou e considerou a população-alvo, o desenho do estudo, o plano amostral, as características sociodemográficas da população-alvo, os critérios de definição de hipertensão e a análise estatística. Quando então se desenvolveu as ações educativas com vistas ao autocontrole das doenças associadas à HAS, modificação de hábitos deletérios, promovendo o controle e consecutivamente diminuindo os fatores de riscos mais frequentes na comunidade. As taxas de prevalência mostram que cerca de 20% dos adultos apresentam hipertensão, sem distinção por sexo, mas também com evidente tendência de aumento com a idade. A intervenção educativa realizada foi eficaz no que se refere ao empoderamento dos pacientes sobre o risco de desenvolver hipertensão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O sucesso ou fracasso deste trabalho depende de muitos fatores, a dedicação da equipe de saúde e os desejos dos pacientes de praticar mudanças nos estilos de vida, são fundamentais, além disso, deve-se considerar que outros aspectos como os sociais, educacionais, culturais e familiares, são decisivos para a continuidade do trabalho. Diante da problemática apresentada, podemos observar que os estilos de vida inadequados, o incremento da idade e a influência dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, são as principais causas da Hipertensão Arterial na população estudada. Dessa forma, há necessidade de que todas as pessoas envolvidas estejam

conscientes da importância da promoção e prevenção de saúde, para que consigam prestar a assistência correta e de melhor qualidade. A realização do PI possibilitou conhecer a realidade da Hipertensão Arterial na comunidade de abrangência e no município, sendo importante também valorizar as estratégias já existentes e as futuras. Também propomos parceria entre Atenção Básica e Hospital do município, para melhorar o funcionamento da referência e contra-referência e a qualidade da atenção aos usuários, o que consideramos uma verdadeira fragilidade em Santa Maria. O tema sobre a hipertensão arterial foi muito importante para a população da área estudada, conseguimos elevar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e os fatores de risco. Passamos informação sobre o que é a hipertensão arterial, o tratamento, os sintomas e os fatores de risco associados, explicamos também a importância do tratamento e de efetuar a dieta conforme orientação do médico e os benefícios dos exercícios físicos para os pacientes hipertensos. Além disso, contribuiu imensamente para a formação profissional do elaborador do projeto, nas habilidades científicas, técnicas e de relacionamento para assistir adequadamente a população, com conhecimento dos aspectos históricos, culturais e biológicos da Hipertensão Arterial Sistêmica.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO CÓLO DO ÚTERO NA SALA DE ESPERA

Jorge Lucas Teixeira da Fonseca, Polyana Leal da Silva, Silvana Portella Lopes Cruz

Palavras-chave: Educação em Saúde, Sala de Espera, Neoplasia do Útero

APRESENTAÇÃO: A Educação em saúde tem sido utilizada como uma estratégia

de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico. Atuando a partir de problemas de saúde específicos buscando entender, sistematizar e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos atores envolvidos (VASCONCELOS, 2009). Assim, a educação tem sido constituída como elemento propulsor para a transformação social. E vista como ferramenta de suma importância para a construção da consciência política, crítica para mudança de comportamento e atitudes, implicando em ações que incentivam o autocuidado, a autonomia dos sujeitos e participação social (FERNANDES, 2009). A Unidade Básica de Saúde constitui espaço relevante e, um campo potencial para a execução de atividades preventivas no campo individual e coletivo consolidando-se como estratégia para a mudança de comportamentos errôneos, construção de novos saberes junto à população (FERRAZ et al., 2009). Descrever as mudanças de conduta relatadas pelas mulheres após receberem informações na sala de espera sobre formas de prevenção do câncer de colo do útero. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa selecionados foram 18 mulheres residentes no município de Guanambi/BA, na faixa etária de 20 a 64 anos, integrantes das áreas de abrangência da Unidade Básica de Saúde Doutor José Humberto Nunes, no bairro Monte Pascal, Guanambi/BA. Vale ressaltar que a escolha pela referida unidade se deu em decorrência de que as adolescentes desta área, iniciam precocemente a atividade sexual tornando-se mais vulneráveis ao contágio com as Doenças Sexualmente Transmissíveis e em especial ao HPV. A coleta das informações foi realizada nas dependências da referida unidade, utilizando para coleta de dados a entrevista semi-estruturada, e para a análise dos dados coletados, utilizou-

se a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética, onde a mesma foi avaliada e aprovada emitindo o CAAE: 24726013.0.0000.0057 e o Parecer nº. 472.826 autorizando o pesquisador. **RESULTADOS E/ OU IMPACTOS:** As participantes do estudo foram 18 mulheres, tendo entre 20 a 64 anos de idade. Estas quando indagadas sobre qual percepção tinham sobre as informações recebidas na sala de espera e, se ocorria alguma mudança na conduta das mesmas, quanto às informações sobre prevenção do câncer de colo de útero. As usuárias relataram perceber o exame citopatológico como forma de se cuidar reconhecendo a importância do exame como possibilidade de uma vida saudável e a sala de espera como de grande valor na disseminação do conhecimento. “Teve a palestra aqui na recepção, aí depois levou um tempo e eu fiz um exame [...] depois eu sempre estou lendo eu pego os panfletos em várias clínicas que eu faço o exame.” (Acácia). “Aqui na sala no dia de quinta-feira já teve uma palestra. Ajudou e mudei. Gostei, eles falam que se tiver algum problema no útero o exame vai ajudar saber qual é o problema.” (Jasmim). “Depois da palestra fiquei preocupada. Depois disso todos os anos eu faço o exame. Antes não tinha preocupação nenhuma.” (Tulipa). “Mudei! Depois da palestra já fiz umas duas vezes o exame aqui. A enfermeira fala direto para eu fazer, mas o enfermeiro não obriga você vim. Você vem se quiser.” (Girassol). “[...] logo depois que eu vi falando, faço agora de 6 em 6 meses para ver se da alguma coisa.” (Bromélia). “A palestra muda a gente porque eu não fazia o preventivo. De certos tempos eu resolvi fazer. Eu nunca tinha feito e depois comecei a fazer. Não fazia o exame porque era descuidada mesmo.” (Azaléia). É percebido nas falas das depoentes que a atividade educativa influenciou positivamente na mudança de conduta.

Destaca-se que o motivo para mudança de conduta resulta na sensibilização da usuária, através das palestras na sala de espera da Unidade Básica de Saúde e suas orientações na consulta de enfermagem. As falas das depoentes evidenciam claramente. De acordo com Reis et al. (2010), a mudança de conduta acontece de forma contínua. Assim, a educação em saúde é vista como uma estratégia de promoção à saúde, onde se efetivam práticas pedagógicas promovendo a autonomia dos sujeitos. Silva et al. (2011), afirmam que a sensibilização das mulheres sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária. Em seu estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família, envolvendo 246 mulheres no município de Orobó/PE, notou-se que a motivação das mulheres em participar das ações de educação em saúde foi conhecer com mais detalhes sobre a prevenção do câncer. Portanto, segundo Germani; Barth; Rosa (2011), a sala de espera pode funcionar como um espaço em que as práticas de educação em saúde e promoção da saúde, sejam maximizadas. Potencializando discussões acerca dos processos do cotidiano das pessoas, criando espaços para reflexões e posicionamentos críticos frente às ações destes na constituição de uma qualidade de vida, bem como na manutenção da saúde, efetivando de fato a participação ativa de todos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Verificou-se que as usuárias compreendem as informações passadas através das ações educativas na sala de espera e esta influência positivamente na mudança de conduta. Destaca-se que o motivo para mudança resulta na sensibilização da usuária, através das palestras na sala de espera da Unidade Básica de Saúde e suas orientações na consulta de enfermagem. Sendo assim, foi possível evidenciar bons resultados em relação à educação em saúde. Podendo afirmar que os diálogos

entre os profissionais da saúde e as usuárias, na realidade estudada foram realizados de forma horizontal proporcionando ações que visem à prevenção, promoção e recuperação de agravos, garantindo a troca de informações entre ambos, o que resulta em um serviço mais humanizado. Nota-se ainda que aconteceram mudanças de conduta, após o recebimento das informações e que está possui relação direta com os motivos que levaram à realização do exame, bem como pela participação nas práticas educativas desenvolvidas. Sendo assim pode-se perceber que a sala de espera, esta muitas vezes esquecida pelos profissionais, pode sim ser um facilitador na prevenção de agravos.

ENCAMINHAMENTOS ESCOLARES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: MOTIVOS, DESAFIOS E PARADIGMAS PARA FORMAÇÃO DE UMA REDE INTERSETORIAL

Maria Luiza Marques Cardoso, Djalma Vieira Cristo Neto

Palavras-chave: Rede intersetorial saúde e educação, Queixas escolares, Atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho pretende apresentar pesquisa em desenvolvimento no município de Betim/MG, cujo objetivo é entender o fluxo de encaminhamentos escolares para a atenção primária em saúde e os desafios na formação de uma rede intersetorial entre a educação e a saúde. Nos últimos anos, o número de crianças encaminhadas pelas escolas aos serviços de saúde na cidade de Betim/MG, com destaque para a atenção primária em saúde, tem aumentado de forma significativa. Estudos relacionados à psicologia escolar revelam que 60% dos encaminhamentos de discentes aos serviços de saúde têm

como principal alegação dificuldades de aprendizagem ou problemas associados ao comportamento em sala de aula e/ou fora dela. A grande maioria das instituições de ensino parece responsabilizar e culpabilizar apenas os alunos e suas famílias pelo fracasso no desenvolvimento escolar (PATTO, 1981 e SILVA, 2002). Estudos investigativos com profissionais de saúde que atendem esta demanda indicam que a sua compreensão dos problemas escolares também reside nos alunos (âmbito emocional e cognitivo) ou no meio sociocultural das famílias, reforçando a característica de o problema não residir, em qualquer medida, nos processos pedagógicos, de ensino ou na própria estrutura escolar (CABRAL; SAWAYA, 2001). Nesse contexto, a condução dos casos de encaminhamentos escolares à atenção primária em saúde é feita de modo basicamente individualizado, abrangendo, quando muito, a família da criança ou adolescente encaminhado, a partir de uma perspectiva biomédica curativa que ignora a importância das implicações pedagógicas, institucionais, culturais e comunitárias nas questões de ensino-aprendizagem escolar. Por outro lado, as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro ressaltam a importância da intersetorialidade na agenda pública. A intersetorialidade está associada predominantemente à articulação dos setores da saúde com outros setores governamentais para planejamento e desenvolvimento de ações conjuntas, dentre eles, a educação. A formação de uma rede intersetorial de trabalho entre a educação e a saúde pode estabelecer formas de encaminhamentos e atendimentos de problemas escolares de modos mais condizentes com os princípios e propostas do SUS. Contudo, a construção de redes intersetoriais de trabalho entre a educação e a saúde para atender os encaminhamentos escolares envolve vários desafios. É sobre estes que a pesquisa aqui apresentada se

debruça, enfocando a realidade de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Betim/MG, onde a pesquisa está sendo desenvolvida. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente estudo está sendo realizado como trabalho de conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizado em Betim/MG através da parceria entre a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e a prefeitura do município. Desenvolvido por um enfermeiro residente e orientado por uma psicóloga, professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, a pesquisa visa dar um olhar interdisciplinar para a questão. Seu percurso metodológico, de caráter qualitativo, está sendo desenvolvido através de pesquisa de campo que se baseia no mapeamento articulado da realidade da unidade de saúde e das escolas de sua área de abrangência. Três estratégias metodológicas foram definidas. A primeira envolve entrevista individual, com roteiro semiestruturado, de três coordenadores pedagógicos de três escolas (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) da área de abrangência da unidade de saúde, bem como do assistente social e da psicóloga da equipe de saúde mental dessa unidade, que foram escolhidos por serem os membros da equipe que mais recebem encaminhamentos escolares. Essas entrevistas visam identificar a motivação dos encaminhamentos escolares, identificarem experiências, desafios e possibilidades da intersetorialidade, entre a escola e o serviço de saúde. A segunda estratégia é a observação participante nas reuniões de matriciamento entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A terceira estratégia refere-se à análise de prontuários para entendimento dos motivos dos encaminhamentos escolares que chegaram à UPAS nos últimos dois anos. Para o desenvolvimento do trabalho, embasamo-

nos nas seguintes hipóteses sobre a ausência de uma rede intersetorial de trabalho entre a UAPS escolhida e as escolas de sua área de abrangência: - Subutilização do Programa Saúde na Escola (PSE) como apoiador na atenção aos encaminhamentos escolares; - Falta de comunicação adequada entre os entes envolvidos: Educação, Família e Saúde; - Desconhecimento de manejo clínico das situações que envolvem os encaminhamentos escolares na UAPS; - Permanência de uma cultura institucional que foca suas atividades em especialidades, com a divisão dos problemas em unidades funcionais, sem um pensamento sistêmico, com foco em uma rede de trabalho. **ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:** A pesquisa em desenvolvimento terá o mapeamento de campo finalizado até dezembro de 2015, quando a análise dos dados coletados e elaboração do relatório serão realizadas. Por ora, destacamos que, no levantamento já feito, constatou-se que, em 2014, foram recebidos 29 casos de encaminhamentos de queixas escolares na UAPS, dado observado em atendimentos de acolhimentos, bioestatística e encaminhamentos específicos à unidade de saúde dentro do rol de atenção em saúde mental. Este fato despertou atenção, pois, se comparado com o ano de 2013 quando foram recebidos três casos, houve um aumento registrado de 900% no recebimento de queixas escolares. Em 2015, observou-se a manutenção do crescimento no número de encaminhamentos escolares. Até o mês de julho deste ano, a unidade havia recebido 40 encaminhamentos desse tipo. Constatou-se ainda que os encaminhamentos escolares feitos não possuem qualquer contato prévio e uma referência por parte da escola. Como consequência, a contrarreferência por parte da saúde torna-se também inexistente. Observa-se uma situação calcada no paradigma higienista e biomédico, com o mero deslocamento do problema, sem a

discussão e a construção para uma atenção integral à criança ou ao adolescente encaminhado. No entanto, dentro das propostas do ESF e do PSE, espera-se a prestação de uma assistência que vá além do corpo biológico e que seja capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade (FINKELMAN, 2002). Outro aspecto relevante observado até o momento indica que as práticas escolares também estão alicerçadas em um modelo de concepções higienistas e compensatórias, com o devido confinamento social. Esse modelo solidifica a concepção de que toda atenção à saúde é executada pelos serviços desta área, sem o devido planejamento e operacionalização integrados aos outros serviços de assistência do Estado (MARANHÃO, 2000). Não se compreende a saúde como um fenômeno complexo e de grande magnitude, construído no modo como vivemos e organizamos o nosso cotidiano, interagindo com o ambiente físico, psicológico e social. Como desconstruir as lógicas observadas? Como propor a organização e a operacionalização de uma rede efetivamente intersetorial entre a saúde e a educação, cujo principal objeto seja uma atenção dos profissionais envolvidos em ambos os campos que não se resume apenas a alguns procedimentos específicos dos chamados riscos biológicos, físicos e químicos? Quais os desafios a serem assumidos e trabalhados para que a rede intersetorial seja implementada no município de Betim/MG? A proposta da pesquisa aqui apresentada é contribuir para a elucidação dessas questões, para construção de uma rede saúde-educação que compreenda e atue diante dos problemas dos alunos nas escolas através dos múltiplos aspectos – sociais, culturais, institucionais, pedagógicos, familiares, cognitivos, emocionais, biológicos – que os perpassam.

ENSINO EM SAÚDE: VALIDAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES

Joanito Niquini Rosa Júnior, Liliany Mara Silva Carvalho, Antônio Moacir de Jesus Lima, Gilsimary Santana Santos, Claudia Mara Niquini

Palavras-chave: Gestão hospitalar, Qualidade da assistência à saúde, Serviço de fisioterapia hospitalar

Desde 1970, o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar partindo de início da publicação de Normas e Portarias a fim de regulamentar esta atividade e atualmente trabalha na implantação de um sistema eficaz e capaz de controlar a assistência à saúde no Brasil. Desta forma, as instituições necessitam de certificações que orientam o processo de qualidade hospitalar. Segundo Prazeres, “Certificação é a Atividade de comprovação da qualificação de itens, produtos, serviços, procedimentos, processos, pessoal ou de sistema da qualidade, no todo ou em parte”. Para ser certificada, a organização precisa comprovar que tem um sistema da qualidade implantado e em funcionamento. A comprovação é feita através de uma auditoria de certificação conduzida pelo organismo de certificação contratado, via análise da documentação do sistema da qualidade (procedimentos, instruções de trabalho, documentos e registros da qualidade) e as evidências objetivas de sua implementação e funcionamento. No planejamento do serviço em saúde, especificamente hospitalar, os processos referentes à aplicação de procedimentos terapêuticos são orientados pela gestão de qualidade, através de certificações como a ISO 9001. Entende-se que os padrões de qualidade do atendimento promovem a melhoria da qualidade do atendimento e satisfazem as necessidades e desejos dos

usuários. São compromissos assumidos para com o cliente e descrevem, de maneira objetiva e clara, as características do atendimento que deverá ser prestado. Neste contexto surge o Procedimento Operacional Padrão (POP) como parte inerente e indispensável ao processo de gestão de qualidade hospitalar. O POP descreve cada passo crítico e sequencial que deverá ser dado pelo operador para garantir o resultado esperado da tarefa além de relacionar-se à técnica, palavra de origem grega que se refere à “disposição para qual fazemos coisas com a ajuda de uma regra verdadeira”. Estas premissas possibilitam que qualquer profissional da área execute o procedimento padronizado e obtenha sempre os mesmos resultados desejados. Pensando numa instituição hospitalar, nos deparamos com diversos profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes e que necessitam ter suas práticas documentadas e validadas, sendo a fisioterapia respiratória uma área cada vez mais crescente e com um leque vasto de técnicas. Trata-se de um estudo de validação de tecnologia do tipo pesquisa de desenvolvimento, no qual se buscou melhorar um instrumento construído pelo próprio autor. Foram verificados e validados os 29 POPs referentes às técnicas de fisioterapia respiratória utilizadas na assistência hospitalar da Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD), que foram produzidos pelo setor de fisioterapia das enfermarias, como exigência do escritório da qualidade da instituição. Os POPs foram confeccionados a partir do processo de qualidade hospitalar iniciado em 2013 na SCCD com a colaboração de cinco fisioterapeutas da instituição, especialistas na área de Fisioterapia Respiratória, que utilizam as técnicas em sua rotina de trabalho. A construção dos POPs seguiu o modelo padrão adotado na SCCD, com a disposição dos seguintes itens: material, tarefa, desvios e ações necessárias,

e resultados. O estudo ocorreu em duas etapas: A primeira etapa foi a seleção dos juizes. Foram convidados a participar da validação do conteúdo do protocolo nove juizes, com atuação nos vários serviços de referência em fisioterapia respiratória hospitalar, que foram selecionados por amostragem intencional, convidados para participação no estudo por grau de titulação acadêmica, experiência profissional na área e publicação de produção científica na área. Segundo Pasquali (1998), o total de seis juizes é suficiente para realizar esta tarefa, no entanto, contando com a possibilidade de desistência ou não-aceitação de algum profissional, foram selecionados nove juizes. Para a seleção dos juizes, foi observada a recomendação prévia da literatura, de que os peritos alcancem uma pontuação mínima de 5 pontos, adquiridos por meio de critérios específicos que revelam domínio da área e natureza do estudo, adaptados da metodologia de Fehring. Foram selecionados todos os docentes da área respiratória do curso de fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri que participam do estágio obrigatório da SCCD e as indicações provenientes deles.. A segunda etapa foi avaliação do conteúdo dos POPs pelos juizes. A avaliação ocorreu através de um questionário adaptado com os critérios sugeridos por Pasquali, de abrangência, clareza, coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, sequência e unicidade. No final de cada item avaliativo, os participantes justificaram suas respostas e forneceram sugestões para aperfeiçoar o instrumento. Para a análise dos itens dos POPs pelos avaliadores, as respostas seguiram o tipo escala de Likert, com quatro níveis de suporte: 1 – totalmente adequado, 2 – adequado, 3 – parcialmente adequado, 4 – inadequado. Foi aferida a média ponderal dos escores, que foram obtidos pelo somatório dos itens assinalados para cada

resposta e então divididos pelo total de respostas. Para a adequação dos itens, consideraram-se apenas os que obtiveram percentual de concordância entre juizes igual ou maior do que 80%. Os itens que obtiveram percentuais abaixo de 80% foram reformulados, com base nas sugestões dos juizes, e confrontados com a literatura, com evidências clínicas de pesquisas. Dos participantes do estudo, dois não devolveram o questionário dentro do prazo estabelecido de retorno, desta forma a amostra foi composta por sete fisioterapeutas. Os juizes selecionados alcançaram a seguinte pontuação de acordo com a metodologia de Fehring: 42,8% obtiveram 6 pontos, 28,6% alcançaram 7 pontos e 28,3% conseguiram 8 pontos. Durante a avaliação dos protocolos vinte e uma técnicas obtiveram escore inferior a 80% na média ponderal no que se refere aos materiais necessários à execução da tarefa. Isso ocorreu devido à falta de alguns Equipamentos de Proteção Individuais (EPI's) como sendo necessário para aplicabilidade da técnica. Dentre as sugestões realizadas pelos juizes houve a adição de máscaras e luvas de procedimento para a realização de todas as técnicas de fisioterapia respiratória, independente se a aplicação das mesmas necessita do contato direto do profissional com o paciente. Em relação à tarefa, os juizes realizaram algumas observações na aplicação das técnicas, principalmente no que diz respeito à execução precisa da técnica e abrangência de todos os itens necessários. Dentre as sugestões destacamos a introdução do oxigenoterapia durante todo o procedimento de aspiração das vias aéreas, inclusive antes da realização da técnica. Outras reformulações foram referentes às trocas de nomenclaturas, melhora na descrição das técnicas, adição de algum componente inerente ao procedimento e detalhamento de algumas condutas, no intuito de melhorar

a leitura e enriquecer as técnicas protocoladas. No âmbito das ações e desvios necessários os juízes evidenciaram que algumas técnicas poderiam ser mais exploradas quanto aos itens que abrangem adaptações ou casos de não-conformidade que podem surgir na execução da tarefa. Uma das sugestões foi que os padrões respiratórios que incluem divisão da inspiração deveriam ter uma pausa entre as repetições para evitar a hiperventilação. No que tange os resultados esperados apenas três técnicas tiveram suas descrições revistas no intuito de tornar o conteúdo mais amplo. As sugestões dos juízes contribuíram para melhor aplicabilidade das técnicas de fisioterapia respiratória no ambiente hospitalar, uma vez que a validação dos protocolos possibilitou a convergência de vários olhares para uma mesma atividade, agregando a experiência inerente a estes. Através do processo de validação, várias questões foram reformuladas, novas ações foram incluídas de modo a tornar o protocolo mais abrangente, alguns EPIs foram acrescentados e várias particularidades foram adicionadas de acordo com a prática assistencial de cada juiz.

ENTRE A CHAVE E O CADEADO: DOBRAS SOBRE ACESSO E BARREIRA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM CÂNCER

Marcio Costa de Souza, Clara Oliveira Esteves, Nathália Silva Fontana Rosa, Raquel Miguel Rodrigues

Palavras-chave: rede de câncer, regionalização, redes vivas

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem como proposta apresentar as reflexões iniciais sobre o acesso (chave) e barreira (cadeado) à rede de atenção à saúde da pessoa com

câncer de uma macrorregião de saúde do estado da Bahia. Trata-se dos resultados parciais da 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 SUS: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, financiada pelo Ministério da Saúde. Este estudo situa-se no âmbito mais abrangente da pesquisa, que visa compreender a produção do cuidado nas diferentes redes de atenção à saúde em diversos municípios do país. Desta forma, neste estudo, tomaremos uma associação filantrópica de apoio à pessoa com câncer como “guia”, categoria analítica que compõe a caixa de ferramentas da pesquisa. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o acesso e as barreiras na atenção à saúde da pessoa com câncer no estado da Bahia. **DESENVOLVIMENTO:** A integração dos coletivos de trabalhadores e pesquisadores em uma proposta de pesquisa compartilhada, na aposta radical que todos são pesquisadores como protagonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho em saúde, permite ao processo inúmeras possibilidades de dar visibilidade aos múltiplos mecanismos que fazem nascerem as redes de cuidado efetivas em diversos pontos e os modos como elas se entrelaçam com as redes instituídas. Nesta direção, os pesquisadores foram construindo, ao longo dos últimos 06 meses, a aproximação com uma associação social filantrópica que apóia pessoas com câncer localizada num município-sede de uma macrorregião do estado da Bahia. Adotaremos aqui a expressão “associação-guia” pela força analisadora que esse lugar produziu para nos aproximar desta rede de cuidado. As conexões entre os pesquisadores e as pessoas que habitam esse lugar (funcionários, voluntários, pacientes, familiares) foram iniciadas a partir de visitas programadas com a

gestora responsável para apresentação e autorização da pesquisa. A produção desses espaços de conversa se deu em diversos locais da associação, desde observação na sala de espera; passando por rodas de conversas com funcionários e voluntários em locais formais (como consultório e sala da direção) e informais (como a cozinha, área de lazer para as crianças); participação de eventos promovidos pela instituição até entrevista com uma usuária (consentida em termo livre e esclarecido). A associação funciona como uma casa de apoio que oferta diferentes tipos de serviços: moradia e alimentação para aqueles que residem em outro município e precisam de deslocamentos para fazer o tratamento de câncer na Unidade de referência em Alta Complexidade (UNACON); entrega de cesta básica para aqueles que residem no município; doação de materiais como próteses, cadeira de rodas ou outros segundo a necessidade clínica. Além disso, os usuários têm à disposição uma psicóloga, que atua diariamente no turno matutino, uma assistente social, semanalmente, e uma assistência jurídica. Portanto, alguns analísadores foram desenvolvidos a partir destes encontros que serão discutidos como platôs, por terem sido momentos de intensidade na pesquisa, que não têm uma ordem de relevância, mas que, ao contrário, produzem interferências e conexões entre si. **RESULTADOS:** O primeiro platô que se visibilizou a partir da “associação-guia” foi o tema do diagnóstico, por meio da biópsia, como critério de acesso inicial para utilização dos serviços ofertados. Porém, a oferta pública oportuna dos exames necessários para a confirmação da doença se configura como uma barreira para boa parte dos usuários que buscam apoio na associação. Isso porque muitos enfrentam longos deslocamentos para chegar a este município e são geralmente originários de locais muito precários em termos de ofertas

públicas de exames diagnósticos. Aqui podemos perceber a dobra chave-cadeado que o diagnóstico pode fabricar, além da reprodução do modelo hegemônico de utilização do diagnóstico como forma de acesso instituído na maioria das unidades de referência especializadas do nosso país. O segundo platô para a qual a associação nos guiou foi a questão da regionalização dos serviços desta rede. Ao analisar as regiões instituídas de saúde na Bahia e a distribuição de serviços relacionados a essa linha de cuidado, observa-se que há uma grande concentração de serviços na Capital do estado, Salvador, e em algumas cidades de grande porte. Desta forma, percebe-se um vazio assistencial importante na região central e oeste do estado, que dificulta o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Esse cenário visibiliza ainda algumas distorções do próprio mecanismo de descentralização, ou da municipalização, assim como da própria ideia de regionalização, pois cidadãos de municípios da região oeste são obrigados a serem atendidos em Salvador, ainda que esta distância possa chegar a 880 Km. Logo, os processos de pactuação do estado não consideram a menor distância a ser percorrida pelo cidadão, o que estabelece na própria construção do acesso uma barreira no cuidar da pessoa com câncer. Aqui a regionalização aparece como outra dobra chave-cadeado. O terceiro platô visibilizado foi o tema das redes “invisíveis”, porém vivas, que são construídas nesse emaranhado. Como é o caso de uma criança que vivia a quase 800km deste município e que foi regulada para um hospital infantil de referência deste local. Após realizar o tratamento indicado de cirurgia e quimioterapia, não pode dar continuidade ao tratamento de radioterapia que deveria ser realizado na UNACON do município, pois sua região de origem está pactuada para outro município-sede. Desta forma, a

criança e sua mãe buscaram na associação, além de um lugar de moradia, alguém que lhe fornecesse um endereço local por meio de uma conta de água ou procedimento para mudança de título de eleitor para conseguirem seguir no tratamento. Esta alternativa de acesso e orientação sobre a possibilidade da abertura deste cadeado foi indicada por um trabalhador do hospital em que a mesma fez o tratamento, ou seja, o mesmo serviço de saúde, que faz parte do sistema de regulação, é a chave e o cadeado. Existe neste processo uma relação em que a associação parece tencionar o acesso, enquanto o UNACON o racionaliza. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tanto a associação, como os usuários, bem como os trabalhadores da UNACON estão nesse papel permanente de produção de rede, das muitas redes que atravessam o cuidado. Ela é atravessada e demandada pela rede “oficial”, na figura do UNACON, que também funciona como facilitadora de uma rede informal de acesso, pelas pessoas que chegam até as instituições e pelos profissionais que trabalham nessa rede. Tomando a “associação-guia” como analisador da rede de atenção à saúde da pessoa com câncer no estado da Bahia, percebemos que os processos de regionalização que se estabeleceram produziram uma série de entraves, que demandam dos usuários a produção das suas chaves de acesso. Entre a chave e a fechadura, entretanto, os usuários percorrem caminhos que tem em si uma quantidade de atravessamentos/conexões que podem abrir ou não o cadeado. Portanto, há de se repensar a fabricação das pactuações regionais que priorize a vida das pessoas e as possibilidades de produção de redes. O que se percebe é uma produção de acordos baseados na oferta seletiva privada de tecnologias duras que pode ser operada em certa localidade.

ESCOLHA DA VIA DE NASCIMENTO: FATORES RELATADOS POR PUÉRPERAS

Raquel Ramos Pinto do Nascimento, Sandra Lucia Arantes, Eunice Delgado Cameron de Souza, Ana Paula Assis Sales, Luciana Contrera

Palavras-chave: parto normal, cesárea, tomada de decisão, saúde da mulher

INTRODUÇÃO: Na escalada de ações para superar a medicalização do parto e reduzir muitas intervenções na assistência obstétrica e cesáreas desnecessárias, a gestante precisa de acesso, oportunidade, participação e informação sobre o parto para livremente escolher a via de nascimento de sua preferência. Dessa forma, melhorar a saúde materna, facilitar o acesso das mulheres aos meios e serviços de saúde, ofertar assistência adequada e igualdade de oportunidades na utilização de cuidados de saúde, assim como, mudar o modelo de assistência ao parto (que tem contribuído para o excesso de cesáreas e a morbimortalidade materna e infantil) são ações desejáveis e se apresentam como um grande desafio para o Brasil. É sabido que nenhuma dessas ações, isoladamente, será capaz de transformar o nascimento, um momento tão único e especial, se não for permitido à mulher analisar os riscos e benefícios para livremente optar pela via de nascimento de sua escolha, uma vez que o medo da dor, o tempo prolongado do processo de parturição, a desinformação e o poder de convencimento de que a cesárea é um ato seguro, influenciam sobremaneira nessa escolha. **OBJETIVO:** Conhecer os fatores relatados por puérperas que concorreram na escolha pela via de nascimento. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem qualitativa na perspectiva teórica da Maternidade Segura, adotando o referencial

metodológico de Lefèvre e Lefèvre, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foi produzido como exigência para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, na modalidade de Residência (TCC), oferecido pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (Parecer nº 789.863/2014), e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 3148.0114.3.0000.0021. Desenvolvido com 25 puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, entre setembro e novembro de 2014. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados e o DSC para organizar e tabular os dados qualitativos de natureza verbal obtidos de depoimentos capturando os relatos dos sujeitos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os DSC resultaram em três categorias e doze Ideias Centrais (IC): 1) Desejo pela via de nascimento realizada e suas quatro IC: “Desejei o parto normal, é bom e foi a melhor coisa que me aconteceu”; “Tentei o parto normal, mas não consegui”; “Quero fazer cesárea. Não quero sentir dor!”; “Esperava não ter complicação no parto e risco para o bebê”; 2) Respeito pela via de nascimento escolhida e suas duas IC: “Parto normal me dá liberdade, não preciso de muita ajuda”; “Meu parto foi natural, tranquilo e saudável”; 3) Fatores que concorreram na escolha e suas seis IC: “Meu parto seria tranquilo, normal como foram os outros”; “Eu já sabia como seria”; “Muitas pessoas contribuíram para a minha escolha”; “Os profissionais influenciaram a minha vontade”; “Eu não sabia nada e ia saber só na hora”; “Me informei por meio da internet”. A maioria das mulheres entrevistadas (76%) desejou parto normal devido à recuperação mais rápida, menor dor e sofrimento. Surgiram depoimentos carregados de sensações de alívio, realização, gratidão e êxtase, que somente a experiência do parto normal

propicia. Contudo, 14 (56%) depoimentos foram submetidas à cesárea justificada, em parte, pela caracterização institucional de referência para alto risco no contexto do município de Campo Grande, bem como, pela persistência do modelo biomédico no cenário de análise. Os depoimentos revelaram que a mulher assume a postura passiva, perdendo em parte o sentido do protagonismo. A segunda categoria revelou que 40% preferiu parto normal, mas, foi submetida à cesárea, 36% foi contemplada pela sua preferência pelo parto normal e 20%, cesárea, respectivamente. Contrariando o modelo hospitalar e medicalizado predominante, as mulheres sinalizaram sua preferência pelo parto normal, mais natural e humanizado, contrapondo, por certo, ao parto operatório, muito praticado no Brasil e, em muitos casos, sem atender critérios e/ou classificações preconizadas na literatura médica nacional e internacional. Também, vários autores sustentam que para fazer escolha, são requeridos conhecimento e informação. Os discursos das puérperas mostraram que a tomada de decisão pela via de nascimento foi baseada em experiências anteriores, e a possibilidade de repetição da mesma via se daria tanto no parto normal quanto cesárea. Os fatores que concorreram na escolha da via de nascimento foram: influência da família, experiências prévias com parto, interação profissional-cliente e informações via internet. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo permitiu concluir que 76% dos sujeitos preferiram o parto normal. Tal preferência foi justificada pelo fato de ser um processo natural, ter uma recuperação pós-parto mais rápida, facilitando a locomoção e trabalho, além da possibilidade de realização dos cuidados com o bebê sem restrições. Foi evidenciado que experiências prévias com o parto, interferências familiares, interação profissional-cliente nas consultas pré-natais e fontes eletrônicas de informação influenciaram na escolha da

via de nascimento. A elevada percentagem de partos cesáreos representa um grande desafio para a política de saúde, considerando os riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para a criança, além da sua associação com a mortalidade materna e os custos adicionais para o sistema de saúde; especialmente quando a redução da mortalidade materna está associada à atenção qualificada ao parto, à assistência obstétrica de emergência e à impossibilidade do Brasil em atingir a meta do milênio de redução de 75% da mortalidade materna até 2015. A partir deste estudo, fica evidenciado que algumas ações podem ser desempenhadas pelo enfermeiro obstetra na Atenção Primária à Saúde. Como contribuição do estudo para a prática e teorização, pode-se sugerir: dar liberdade de escolha da via de nascimento às mulheres para o exercício da sua autonomia; valorizar a pessoa, sua história, herança e escolhas; fornecer informação; e promover experiências dialógicas entre a mulher e os profissionais de saúde. Nesta pesquisa, os depoimentos também evidenciaram que a comunicação profissional-paciente é unilateral, não facultando diálogo, privando as mulheres de explicações claras. Os sujeitos não tiveram acesso prévio às informações de forma clara e suficiente para fazer escolhas. Recomenda-se que os resultados deste estudo sejam ampliados para além do cenário ao qual se desenvolveu, considerando os determinantes sociais da saúde (DSS) dos sujeitos individuais e coletivos como base para o desenvolvimento e execução de políticas públicas de saúde, em consonância com os preceitos da Maternidade Segura. A realização de estudos comparativos em diferentes instituições e municípios, a partir da mesma metodologia, pode estabelecer uma nova perspectiva assistencial emancipatória durante a parturição.

ESTIMULOS A MEMORIA DE TRABALHO EM IDOSAS ATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Ana Carolina da Silva Barbosa

Palavras-chave: estimulação cognitiva, terapia ocupacional, idosos ativos

INTRODUÇÃO: O aumento da população geriátrica e as queixas frequentes relacionadas às dificuldades de memória deste grupo impulsionam a criação de novas estratégias e recursos capazes de associar longevidade à qualidade de vida. A capacidade de formar, reter e utilizar as informações é a principal propriedade do cérebro, essencial para a sobrevivência dos seres vivos. A memória de trabalho, alvo deste estudo, é um sistema com capacidade limitada, que mantém e armazena temporariamente a informação e, sustenta os processos do pensamento humano. Este trabalho diz respeito os primeiros resultados do projeto de pesquisa intitulado abordagens digitais no envelhecimento: programa de estimulação da memória de trabalho em idosas ativas e asilares, que tem a finalidade de estimular cognitivamente idosos ativos e criação de um programa de treinamento de memória de trabalho no formato DVD. Baddeley e Hitch (2003) dividiram a memória de trabalho em quatro componentes: o primeiro, executivo central, constitui-se de controle atencional, controlador do comportamento e responsável por padrões de hábitos, ou esquemas, implicitamente guiados por pistas ambientais. O segundo vinculado a fonológica, que tem a função de facilitar a aquisição de linguagem, pois se relacionada com habilidades de aquisição de língua estrangeira e o terceiro se refere ao sistema viso-espacial, que tem a função de adquirir conhecimento semântico acerca da aparência dos objetos e de como utilizá-

los, orientação espacial e conhecimento geográfico e o quarto componente se vincula ao reservatório episódico, que faz a correlação entre a central executiva e a memória de longo prazo episódica. A Terapia Ocupacional em gerontologia tem a função de prevenir as perdas cognitivas, que causam desajuste no processo de envelhecimento, pois atua como facilitadora das capacidades remanescentes; na tomada de suas próprias decisões; visando independência e autonomia, enfatizando áreas de autocuidado, do trabalho, do lazer e da manutenção de seus direitos e papéis sociais. Entre seus procedimentos o terapeuta ocupacional enfatiza as atividades significativas que treinam as funções sensoriais motoras, perceptivas, cognitivas, velocidade de reação e sócias afetivas, tais como: memória; agrupamento e relacionamento interpessoal; cuidados de higiene pessoal e aparência física; reflexão e participação em acontecimentos sociais, políticos e culturais; programação e organização do seu dia a dia. Tudo isso por meio da realização de atividades/oficinas para que estes se percebam e se conscientizem de suas capacidades funcionais/cognitiva, podendo assim transformar o seu viver, tornando-o mais dinâmico e participativo (FRANCSICO, 2004). Esse estudo se justifica, pois ao analisar as diferentes abordagens de treinamento de memória permitirá a elaboração de programa de treinamento de memória de trabalho em DVD, com as principais estratégias de estimulação de memória das abordagens relatadas, de baixo custo, pois um único exemplar do DVD deverá ser utilizado para estimular grupos de idosos em casas de repouso, asilos, hospitais, na academia, em grupos de convivência, entre outras possibilidades. Além de permitir que o idoso possa assistir quantas vezes ache pertinente para a fixação e o entendimento adequado das informações. **OBJETIVO:** é oportunizar o

relacionamento dos conteúdos teóricos com as situações de prática vivenciadas, desenvolvendo a capacidade de observação, avaliação das situações ligadas à autonomia e desempenho, análise de atividade e determinação de objetivos terapêuticos para desenvolver o DVD. **METODOLOGIA:** utilizada se baseia na pesquisa intervenção que para Serrano-Garcia e Collazo (1992), os processos de investigação e intervenção são simultâneos, pois, durante um processo de pesquisa “desde o momento em que uma pessoa começa a fazer indagações, altera, de forma mínima ou máxima o ambiente e as pessoas que a rodeiam” (p. 218), pois se que toda pesquisa implica em intervenção a qual busca a intencionalidade de mudança, o que envolve informar os participantes, oferecer serviços, se solicitados, considerar os problemas e soluções no contexto da comunidade ou grupo, explicar com detalhes os objetivos da pesquisa, planejar com as mesmas os esquemas de ação social. Para coleta de dados usar-se-á: entrevista, oficinas cognitivas e oficina de inclusão digital. **RESULTADO PRELIMINAR:** participam desse projeto dez idosas ativas, residentes do entorno do campus Realengo. O local que se desenvolve é a Clínica da Saúde da Família Armando Palhares, as oficinas são semanais com duração de durante uma hora e meia. Nas oficinas cognitivas realizam-se atividades com palavras, com quebra cabeças, ditados populares, anagramas e associações de categorias. Vamos relatar a experiência dos anagramas que consiste em formar palavras apenas com as letras as quais são disponibilizadas, podendo repetir as letras apenas uma vez cada. Inicialmente foram selecionadas oito letras e as idosas tinham que formar palavras a partir delas sem repetição. Apesar de não ter o caráter competitivo, as mesmas foram impulsionadas a criar cada vez que uma companheira verbalizava para o grupo uma palavra nova, pois elas

se sentiam se estimuladas a produzir algo novo. Nesses momentos eram percebidos a importância do outro e do grupo como processo terapêutico. Importante ressaltar que para a realização desta atividade as idosas usavam sua memória de trabalho resgatando de suas experiências passadas a recordação de objetos, ações, pessoas, sentimentos e comportamento vinculados as letras indicadas. Assim pode-se avaliar a habilidades de construção das palavras, capacidade de compreensão e construção da linguagem oral e escrita, uso da memória de trabalho e recente e a evocação. No aspecto social observou-se mínima organização entre elas para que ocorresse o respeito e o direito de cada uma sendo que quando uma falava a outra não a interromperia. Ressalto o aspecto da motivação que estava sempre presente nesse grupo de mulheres, pois as mesmas sempre a participam ativamente do trabalho proposto, e na linguagem corporal depara-se com sorrisos, comentários descontraídos sobre a família, do cotidiano, dos netos e dos filhos, clima afetivo e harmônico e de uma leveza que já faz até parte das nossas semanas no grupo terapêutico. Dessa prática pode-se perceber que a atividade tem sua função terapêutica, mas tem ela traz consigo algo além do uso funcional do fazer, ela traz a prática que aproxima, cria vínculos tanto entre profissionais e usuários quanto entre os usuários em si. Ou seja, a atividade além de estimular, reabilitar e organizar funcionalidades é usada como viés principal na construção das relações em determinado espaço, nesse caso o estímulo à memória de trabalho. Nessas oficinas, não se está simplesmente pesquisando ou estimulando a cognição, o que já seria de extrema importância, mas também se desenvolve a relação social, porque se estreita laços, diminui a solidão, gera vínculos, produz conhecimento, e vivencia experiências em conjunto por meio do fazer. Palavras

como “Estou melhorando, gosto de estar aqui, essas pessoas me agradam e quero participar”, estimula a continuar e a criar novos métodos para estimulá-las, pois nada é mais gratificante para um profissional de saúde perceber, ouvir e sentir que faz bem ao seu usuário como um todo. **CONCLUSÃO:** Cada vez que uma participante sai de sua casa, se compromete em comparecer ao grupo terapêutico e contribuir para a realização da atividade de maneira ativa, ela traz consigo intrinsecamente a vontade de continuar com sua função preservada e ainda o componente afetivo e que a Terapia Ocupacional é um instrumento pelo qual se processa o encontro, o fazer e desabrocha o ser e o estar em convívio mútuo e prazeroso, além de estimular a cognição e a interrelação.

ESTIMULOS COGNITIVO EM IDOSAS ASILARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Luziel da Cruz Reis

Palavras-chave: Instituições de Longa Permanência para Idosos, Reabilitação Cognitiva, Terapia Ocupacional

APRESENTAÇÃO: Segundo a OMS todo o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos é considerado idoso. No entanto, a palavra idoso busca significar de maneira carinhosa o impacto que os anos, o desgaste do organismo e a posição que este indivíduo passa a ocupar na sociedade em virtude das suas potencialidades e debilidades. O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial; a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior, sendo que 80% deles

nos países em desenvolvimento, levando ao alargamento de seu ápice, que tende à retangularização (FREITAS, 2004). Com o aumento da perspectiva de vida do brasileiro, patologias que podem trazer algumas restrições e incapacidades passaram a ser cada vez mais comuns. Visando atender a estas demandas, as instituições de longa permanência têm sido uma opção para as famílias de idosos que necessitam de assistência continuada. Nesse contexto, o Estado e a sociedade precisam responder às necessidades ora surgidas, referentes aos cuidados dos longevos que perdem sua autonomia para o desempenho de atividades de vida diárias (AVD's), sob a pena de que essa questão transforme-se em um risco social para aqueles que já contribuíram com seu trabalho para o desenvolvimento de seu país e, que agora necessitam ser amparados. Uma maneira encontrada em praticamente todos os países, de assegurar aos idosos, principalmente aos fragilizados, semi ou totalmente dependentes, foi a criação dos asilos, que modernamente são denominados Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que se apresentam com alternativas ao acolhimento desse segmento populacional que, por vezes não conta com suporte financeiro ou familiar para viver, de forma digna seu envelhecimento. Estas instituições caracterizam-se por oferecer uma logística capaz de atender o idoso em suas carências por meio de cuidadores e equipe multidisciplinar composta de médico, enfermeira, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, e terapeuta ocupacional. Os terapeutas ocupacionais que trabalham com idosos conhecem as peculiaridades do corpo, da mente e até das questões sociais dessa geração. Eles identificam as defasagens do desempenho ocupacional nesta fase da vida. A prática do terapeuta ocupacional em Gerontologia começa desde a prevenção de condições que interfiram na qualidade de vida dos idosos, como a capacidade de

orientar sobre: planejamento/adaptação do ambiente asilar (quedas), de trabalho (adapta equipamentos) ou lazer (planejando atividades de acordo com as capacidades). Esse profissional tem como diretriz melhorar a eficiência e a eficácia na realização de atividades de vida diária (ensina calçar o sapato, adapta roupas) e até da rotina. Neste contexto a terapia ocupacional se insere se utilizando cientificamente da atividade humana para proporcionar ao idoso melhor qualidade de vida. O Lar Cristão Mathilde de Oliveira (LACRIMO) foi o local escolhido para desenvolver esse projeto de estímulos cognitivo, envolvendo cuidadoras e idosas acometidas de Alzheimer, o qual acolhe vinte idosas sendo que três delas são acamadas e não apresentam condições de participar desse estudo. Elas serão beneficiadas mais tarde pela estimulação cognitiva no leito. As dezessete que tem condições de deambulação, mas que apresentam comprometimento cognitivo optou-se inicialmente pela preservação da memória de trabalho e pela socialização. **OBJETIVO:** Identificar o comprometimento cognitivo das idosas asiladas e verificar se com a institucionalização ocorreu perda cognitiva que afetaram o autocuidado e se aumentou a capacidade de memória das idosas abrigadas, por meio de estimulação da terapia ocupacional. **METODOLOGIA:** Baseia-se na abordagem qualitativa da observação participante a qual as tornam técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade. O pesquisador não está simplesmente olhando o que está acontecendo, mas observando com um olho treinado em busca de certos acontecimentos específicos (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001). A observação ajuda muito o pesquisador e sua maior vantagem está relacionada com a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato. Na

observação participante o processo se inicia com observações descritivas para obter um panorama da situação social, as quais são registradas num diário de campo. A segunda etapa será operacionalizada com o auxílio de alguns elementos, como documentos oficiais, reconstituição da história do grupo e do local, observação da vida cotidiana, identificação dos comprometimentos cognitivos, levantamento de pessoas chave (conhecidas pelo grupo), realização de entrevistas não diretivas com as pessoas e aplicação de testes. Após a coleta dos dados, passa-se à terceira fase, na qual é preciso sistematizar e organizar os dados, bem como estimulando o crescimento do grupo por meio da auto-organização, estimulação cognitiva e consequente desenvolvimento de ações conscientes e criativas para a mudança social (RICHARDSON, 1999). RESULTADO. Este trabalho diz respeito os primeiros resultados do projeto de pesquisa intitulado abordagens digitais no envelhecimento: programa de estimulação da memória de trabalho em idosas asilares, cuja etapa é a criação de programa de treinamento de memória de trabalho e capacitar as cuidadoras para poderem melhorar a qualidade de vida das idosas assistidas por elas. Estão sendo desenvolvidas dois tipos de oficinas uma Lúdica que envolvem o brincar e a descontração, promovendo a sociabilização e envolvendo as funções psíquicas como: atenção, concentração, memória, pensamento lógico dentre outras, onde são exploradas a musicalidade, os ditados populares e a nomeação de animais e cores por jogos de letras, pois o brincar remete a idosa à infância proporcionando estado de relaxamento e prazer. E a Cognitiva por meio de estímulo as atividades da vida diária por meio de associação, o armazenamento e a evocação de informações rotineiras vividas no decorrer de sua vida como vestir e alimentação. Com relação à faixa etária,

constatou-se uma predominância de idosas com idade entre 65 a 69 anos (5%), seguidos dos que têm entre 70 e 79 anos (14%), e mais de 80 anos (81%). Quanto ao déficit cognitivo todas apresentam Alzheimer, sendo que a área tempo-espacial a mais comprometida. Pela estimulação musical, pode-se perceber melhora no estado emocional das internas, preservação cognitiva na realização de atividades da vida diária e socialização, bem como ouvir depoimentos de familiares, cuidadoras e da direção da casa sobre os benefícios da atuação da Terapia Ocupacional para o bem estar das idosas. Isso foi possível “Para não entrar em depressão, faz bem para o corpo e ocupar o espaço sem ficar em casa pensando em tudo”, ou “Você demorou a aparecer”, ou “quando você vai voltar?”. Ou “Tinha um outro moço que também fazia isso. Onde ele está?” Essas indagações oriundas das idosas demonstram que os estímulos realizados pela Terapia Ocupacional estão proporcionando o aumento da memória de trabalho e consequentemente melhora de seu bem estar na ILPI. CONCLUSÃO. A terapia ocupacional está sendo um dispositivo para melhoras do quadro cognitivo de idosas asilares.

ESTRATÉGIAS LÚDICAS PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Aloma Renata Ricardino, Carlisson Novaes Sena Xavier, Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, estratégia saúde da família

APRESENTAÇÃO: As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes decorrentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. São consideradas uns dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e dois dos mais importantes problemas de saúde pública. A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é um fator primordial para o controle efetivo da HAS. Porém, a falta de adesão é difícil de quantificar, podendo variar de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas. Entre 40% a 60% dos pacientes em tratamento não usam medicação anti-hipertensiva. Esta porcentagem é maior quando a falta de adesão se relaciona terapias não medicamentosas. A não adesão as modalidades de tratamento constituem um problema e deve ser entendida como um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS e DM 4. A identificação de fatores determinantes para a falta de adesão ao tratamento é muito importante na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios. Este é um relato de experiência de um projeto de intervenção que teve como objetivo a implantação de estratégias lúdicas para adesão ao tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial da Unidade de Saúde da Família Saco do Rocha /Acajutiba-Ba. Propondo a melhorara do controle dos níveis pressóricos, glicêmicos e consequente redução das comorbidades e otimização da qualidade de vida da população em questão. MÉTODO: Este é um relato de experiência baseado na realização de um projeto de intervenção durante o Curso de Especialização em Atenção Básica

em Saúde da Família da UFMS/FIOCRUZ. O referido projeto foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família do Saco do Rocha, em Acajutiba na Bahia. Inicialmente foi realizado um levantamento nos dados do SIAB 5 da Unidade, no qual ficou evidente a prevalência de hipertensos de 7,03 % e diabéticos 2,09 % índices muito aquém das prevalências nacionais. Com base nestes dados e nas consultas médicas e visitas domiciliares foi desenvolvido um projeto multidisciplinar pautado na utilização de meios lúdicos para a adesão dos Hipertensos e Diabéticos, denominado “Métodos dos Saquinhos”. Fizeram parte do projeto todos os Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA. Foram excluídos do projeto pacientes psiquiátricos que possuíam estrita necessidade de um cuidado em tempo integral. O projeto ocorreu entre os meses de fevereiro a agosto de 2014. RESULTADOS: Inicialmente foi realizada uma busca desta clientela e nas visitas domiciliares foi perceptível a grande dificuldade da população, principalmente dos pacientes idosos e analfabetos, em seguir corretamente o tratamento e as recomendações no que tange as mudanças no estilo de vida. O esquecimento dos horários, a não distinção entre os diversos medicamentos, o não entendimento da prescrição e a falta de alguém que possa lhes auxiliar a tomar as medicações corretas na hora certa, foram algumas das justificativas comuns entre os clientes. A proposta de implantação do projeto de meios lúdicos para a adesão dos Hipertensos e Diabéticos, denominado “Métodos dos Saquinhos”, foi aceita pela equipe de saúde e baseia-se nas seguintes ações: a) orientação aos ACS sobre HAS e DM, assim como os motivos que podem levar um paciente a não adesão ao tratamento; seleção de pacientes em uso de polifarmácia que não aderem a terapêutica; b) compra do material a ser usado. Sacos coloridos de tecido, com tamanho de

20x15 cm nas cores azul, vermelho e preto. Marcadores permanentes (azul, vermelho, preto); c) distribuição e orientação aos pacientes; d) visitas regulares para atualização dos medicamentos nos sacos e avaliação dos resultados. O material deve ser usado da seguinte forma: nos sacos azuis colocava-se as medicações a serem usadas pela manhã, e cada cartela recebia marcação com marcador permanente na mesma cor do saco, sendo que um “blister” de comprimido deveria ser pintado para orientar que um comprimido daquela cartela deveria ser tomado e a cor azul indica que a medicação deverá ser tomada pela manhã. No caso de dois comprimidos de cada cartela, dois blisters deveriam ser pintados. Nos sacos vermelhos recebiam as cartelas das medicações a serem usadas pela tarde/almoço, seguido da marcação da cartela e blister como os da manhã. Nos sacos pretos deveriam estar as cartelas das medicações usadas a noite, seguindo a marcação da cartela e blister como citado anteriormente nas outras cores. Os ACS faziam visitas mensais aos pacientes para atualizar os medicamentos nos saquinhos a medida que os mesmos eram consumidos. O projeto dos saquinhos foi explicado a comunidade através de rodas de conversa, com esclarecimentos sobre HAS e DM. Dos 65 hipertensos que responderam o questionário, houve predomínio do sexo feminino 53 (82%). Em relação à escolaridade, 21 (34%) pacientes eram analfabetos, 37 (57%) apresentavam nível fundamental incompleto. Já em relação à faixa etária estudada ocorreu predominância entre 61 a 70 anos: 26 pacientes. Com relação ao gênero as mulheres representam 70,3% dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA. As principais razões para não adesão ao tratamento farmacológico encontradas foram: ‘esquecimento próprio’, seguindo-se de ‘não são encontradas no posto’, ‘não tem dinheiro para comprar’,

‘medo de ficar dependente/viciado’ e ‘não entende a prescrição’. Tendo em vista as estratégias dos sacos e da marcação das cartelas de forma isoladas, constatamos que os resultados obtidos foram aquém do esperado. Seja pela falta de medicamentos na farmácia da unidade básica de saúde. No caso dos sacos coloridos, a arrumação das medicações era uma tarefa difícil de ser realizada e de certa forma, negligenciada, pela população estudada. Outro problema evidenciado foi a falta de recursos humanos suficientes para efetuar a marcação e distribuição dos medicamentos. Depois de implantada a estratégia, foi monitorada a pressão arterial dos cadastrados em dois momentos diferentes (a primeira visita antes de introduzida a estratégia e a segunda visita duas a três semanas após a introdução da mesma) do nível de controle dos níveis tensionais de cada paciente. Como resultado observou-se discreta redução dos níveis tensionais destes pacientes nesse período. Entretanto, foi perceptível que a arrumação das medicações nos sacos era uma tarefa difícil de ser realizada diariamente por uma população com determinado déficit cognitivo e/ou nível educacional reduzido. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ficou evidente que, após a implantação de estratégias lúdicas para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos e diabéticos, houve considerável queda dos níveis pressóricos destes pacientes. Por essa ação avaliada positivamente percebeu-se a necessidade de dar continuidade a esse projeto e ampliá-lo através do apoio dos profissionais da equipe de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Acajutiba - Ba. Assim, a equipe da ESF tem plena consciência que esse projeto pode dar certo, mas está inacabado e necessita de revisão constante para melhor utilizá-lo como instrumento de ação na melhoria da adesão ao uso de medicamentos pelos pacientes.

ESTUDO DAS REAÇÕES ADVERSAS DO TRASTUZUMABE

Clarissa Lobo Portugal da Cunha, Maria Angela Ribeiro, Simone Araújo Medina

Palavras-chave: Câncer de Mama, Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos, Trastuzumabe, Reações Adversas

APRESENTAÇÃO: O câncer de mama é a neoplasia mais incidente e a principal causa de morte por câncer em mulheres na população mundial e no Brasil. A maior compreensão das bases moleculares do câncer, aliada aos avanços no campo da genética favoreceu o desenvolvimento de novas e efetivas terapias, que atuam em sítios específicos, nas células acometidas pela doença, se tratam das chamadas terapias-alvo. O trastuzumabe foi o primeiro medicamento desta classe de drogas a ter benefícios comprovados inicialmente para o tratamento do câncer de mama metastático e atualmente também no estágio inicial. O trastuzumabe foi incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2012. Frequentemente o trastuzumabe é utilizado combinado com outros agentes citotóxicos no tratamento do câncer de mama. Com o objetivo de se obter a cura as pacientes são submetidas a tratamentos agressivos, com múltiplas drogas, que estão associados a reações adversas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), reação adversa a medicamentos (RAM) é qualquer resposta prejudicial e não intencional que ocorre no homem decorrente do uso de algum medicamento em sua dose usual. A ocorrência de reações adversas durante o tratamento podem contribuir para hospitalizações, aumento do tempo de permanência hospitalar e até mesmo óbitos, aumentando, portanto, os custos da atenção à saúde. As RAM podem ser classificadas como Tipo A ou Tipo B. As reações do tipo A

estão relacionadas com a ação farmacológica do medicamento, são comuns, geralmente dose-dependente e bastante previsíveis. As reações do tipo B são produzidas por processos idiossincráticos, independentes da farmacologia da droga. São raras, não relacionadas com a dose e não são previsíveis. Estas costumam ser observadas somente após a fase de comercialização do medicamento e, ao contrário das reações do tipo A, apresentam baixa incidência e morbidade, porém a letalidade pode ser alta. As reações adversas estão contempladas na classificação de Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos (PRM) quanto à segurança ao medicamento. Um PRM existe quando um paciente desenvolve ou é provável que desenvolva um sintoma ou doença que pode estar relacionado com a terapia medicamentosa. Para identificar, prevenir ou resolver PRM foi utilizado o raciocínio clínico “Pharmacotherapy workup” (PW), processo sistemático de tomada de decisão racional relacionado à farmacoterapia. Este processo permite ao profissional fazer uma avaliação das necessidades dos pacientes relacionadas ao medicamento de forma abrangente e se todos os medicamentos foram devidamente indicados, se estão sendo efetivos e seguros e se o paciente está disposto e é capaz de utilizá-los como recomendado. Quanto mais complexa a terapia medicamentosa, maior é o risco de o paciente experimentar PRM, dentre eles as reações adversas. Considerando a recente incorporação do trastuzumabe ao rol de medicamentos fornecidos pelo SUS e a ampliação de seu uso na prática clínica (visto que é um medicamento de alto custo que estava limitado a uma pequena parcela da população antes da disponibilização no SUS), este estudo teve como objetivos descrever as RAM do trastuzumabe assim como de comorbidades associadas, identificadas a partir da classificação de

PRM em usuárias do hospital dia de um hospital universitário do interior de Minas Gerais; classificá-las como RAM tipo A ou B e comparar as mesmas com o perfil de segurança do medicamento já descrito na literatura. **DESENVOLVIMENTO:** Foram entrevistadas 22 mulheres em tratamento do câncer de mama HER2+ de uma população com 904 pacientes em tratamento do câncer de mama com trastuzumabe, no período de março a dezembro de 2014. Os dados foram obtidos no período de março a dezembro de 2014, em dois encontros. No primeiro encontro, foi aplicado um instrumento utilizado para a coleta de dados contendo dados sócio-demográficos, história clínica e farmacoterapêutica atual. Estas informações permitiram a identificação e classificação de PRM. Entre os PRM identificados, nosso estudo debruçou sobre os PRM de segurança; reações adversas relacionadas ao trastuzumabe e aos fármacos utilizados em comorbidades. No segundo encontro do estudo, 21 dias após o primeiro, foi aplicado um plano de cuidado. Esta é uma etapa do processo de tomada de decisão em que o profissional estabelece um pacto com o paciente e assume responsabilidades mútuas pelas necessidades farmacoterapêuticas. Em conjunto estabelecem a melhor forma de controlar e/ou resolver os PRM identificados e garantir que os objetivos terapêuticos para cada problema de saúde do paciente sejam alcançados. A adaptação do segundo encontro corresponde aos princípios de responsabilização com o paciente preconizados pela Atenção Farmacêutica. Considerando um estudo de corte transversal, haja vista que um encontro a mais não proporciona resolutividade no processo de cuidado do paciente, todas as pacientes foram encaminhadas ao serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) do hospital. Para

avaliar a causalidade das RAM, foi aplicado o algoritmo de Naranjo. O estudo foi aprovado em comitê de ética (CAAE sob nº 538.991). **RESULTADOS:** A idade média das pacientes foi de $54,1 \pm 8,7$ anos. Cada participante tinha em média $3,87 \pm 1,55$ comorbidades de um total de 58. Foram identificados 41 PRM, uma média de $2,73 \pm 1,53$ PRM por paciente. O PRM5 está relacionado à reação adversa à medicamentos (RAM) e foi o mais prevalente com 51% do total de PRM. Em seguida, com 19,5% o PRM2 (relacionado à necessidade de farmacoterapia adicional); 15% de PRM7 (relacionado à não adesão ao tratamento) e 70% do total de PRM5 foram relacionados ao trastuzumabe. Ao confrontar as reações adversas relatadas pelas participantes do estudo em relação ao trastuzumabe com as reações adversas descritas nos compêndios oficiais, foram encontradas seis reações adversas ainda não descritas (cãibras, irritabilidade, dispáurenia, déficit de memória, aumento de apetite e xerostomia). De acordo com o algoritmo de Naranjo, todas foram classificadas como possível, exceto xerostomia, classificada como duvidosa. As reações adversas do trastuzumabe mais frequentes neste estudo foram astenia (12,90%), seguido por dormência em mãos e pés, sonolência, dispnéia, dor óssea e arritmia (5,38%), náuseas e reações cutâneas (4,30%). As reações adversas mais frequentes (49,46%) foram de causalidade “possível” de acordo com o Algoritmo de Naranjo. Considerando o total de reações adversas a medicamentos (RAM) causadas pelo trastuzumabe, 92% foram classificadas como Tipo A e 8% como Tipo B. Em relação aos medicamentos para comorbidades e/ou hormonioterapia foram computados 79% e 21%, respectivamente. Estas reações foram classificadas como reações do Tipo A e, apesar da bula do fabricante apresentar um número maior de reações pós-comercialização, algumas

reações encontradas no presente estudo não foram descritas até o momento e poderão complementar as bases de dados de Farmacovigilância do país. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo demonstrou que a identificação e classificação de RAM durante o cuidado clínico farmacêutico é eficiente. Para os medicamentos recém-comercializados, é uma tarefa imprescindível. Na pós-comercialização o medicamento passa a ser utilizado na população em geral seja aprovado pelo órgão sanitário responsável, seja como off-label. Está incluído na necessidade social investigar reação adversa, através de um serviço clínico farmacêutico, centrado no paciente por meio do serviço de Gerenciamento Terapia Medicamentosa (GTM). O GTM está pautado na filosofia da Atenção Farmacêutica e visa auxiliar pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos, identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e adesão à farmacoterapia. É exatamente nesse processo que é possível a identificação das reações adversas e, sem dúvida à notificação aos órgãos responsáveis por catalogar os dados de uma Farmacovigilância eficiente e resolutiva.

EXPERIÊNCIA DOS PAIS NO MÉTODO CANGURU: REVISÃO INTEGRATIVA

Thays Luana da Cruz, Cristina Brandt Nunes Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Mayara Carolina Cañedo

Palavras-chave: Método Canguru, Relações Familiares, Enfermagem pediátrica

APRESENTAÇÃO: O Método Canguru (MC) é a assistência no período neonatal para recém-nascidos(RN) pré-termo e de baixo peso (BP), que visa o contato pele a pele

entre a mãe, o pai e o bebê1. A posição correta deste método é quando o RNBP permanece vestido com pouca roupa e em decúbito ventral na posição vertical em contato com a região torácica do cuidador2. Para a realização do método é necessária orientação de seus procedimentos por uma equipe capacitada. A participação dos pais e família é fundamental nos cuidados do recém-nascido durante o período de internação, no acompanhamento ambulatorial e em domicílio1. O MC trouxe uma abordagem humanizada que é fundamentada no recém-nascido, na família e na equipe de saúde3. Neste contexto, a abordagem da equipe tem por objetivo auxiliar a família na identificação de sua autonomia para prestar os cuidados necessários ao RN. Por meio da implantação do MC, a enfermagem pode proporcionar um cuidado de qualidade ao recém-nascido por meio da humanização da assistência na adaptação à vida extrauterina do bebê e sua relação com a família3. Dentre os benefícios relacionados à adoção do MC são descritos: menores riscos de taxas de infecções hospitalares, incremento do peso diário dos bebês, redução das infecções do trato respiratório, favorecimento da formação de laços afetivos e incentivo ao aleitamento materno exclusivo (AME)4. Este estudo tem por objetivo buscar evidências disponíveis na literatura que abordam a experiência da mãe, pai e família com o Método Canguru. **Desenvolvimento:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura com elaboração de instrumento para análise dos artigos e avaliação dos níveis de evidência dos mesmos. As etapas para a elaboração dos dados foram: identificação do tema, definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e seleção dos estudos5. Os de inclusão foram: artigos encontrados nas bases de dados eletrônicas, disponíveis online na íntegra nas línguas inglesa e

portuguesa que abordassem o tema sobre a percepção/conhecimento dos familiares participantes do MC e atuação da equipe de enfermagem, os artigos deveriam ter sido publicados num período de 10 anos (de 2003 até 2013). Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, os sem resumo, artigos que não responderam à temática, repetidos e as produções científicas classificadas como monografia, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Após essa seleção, foram obtidos 26 artigos. A busca foi realizada em quatro bases de dados: Public. Medline (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Cujos (SCIVERSE SCOPUS). Os respectivos descritores foram utilizados: “Knowledge and Kangaroo-Mother Care Method”; “Family and Knowledge and Kangaroo-Mother Care Method”; “Family and Knowledge and Kangaroo-Mother Care Method not Medicine”. Na base de dados PUBMED foram encontrados 38 artigos e 4 foram selecionados, com base nos critérios de inclusão e exclusão. Na base de dados LILACS, foram encontrados 29, dentre os quais 18 foram selecionados. Na SCIELO, foram localizados 3 artigos e selecionado 1, pois os outros dois constavam em outras bases. Na Scopus, 26 artigos foram encontrados e 3 selecionados. Desta maneira, dos 96 artigos encontrados 26 fazem parte da amostra. Após a seleção dos artigos, buscou-se classificar os artigos por temáticas, avaliação do qualis das revistas em que estes estavam dispostos, avaliação do nível de evidência, linguagem do artigo e ano de publicação. RESULTADOS: Predominaram publicações do ano de 2013 (6 publicações), seguidas das lançadas em 2010 (5), e em 2011 (4). Os anos com menos publicações foram: 2007 (3 publicações), 2008 (2 publicações) e 2005, 2006, 2009 e 2012 com apenas uma publicação. No ano de 2004 não houve nenhuma publicação,

segundo a presente pesquisa. Prevaleceram pesquisas na língua portuguesa; maior ocorrência de publicação de periódicos com Qualis B1 (12 artigos), seguido de Qualis A1 e B2 (5 artigos). 23 artigos foram classificados como sendo do nível de evidência 6, por se tratarem de estudos descritivos e qualitativos únicos. Destes a maior parte era de abordagem qualitativa. Dois artigos pertenceram ao Nível 4 de evidência e apenas um artigo ao nível 3. Foram elaboradas oito categorias com o material de estudo: Relações familiares (14 artigos) em que verificou-se que o apoio dos membros da família foi fundamental para a continuidade e adesão ao método, verificou-se que houve o abandono por parte do cuidador para outros familiares para o cuidado ao recém-nascido pré-termo 4,6,7,8,9,10,11 Interação equipe de saúde e família (13 artigos), verificou-se nessa categoria que a equipe de enfermagem foi fundamental para a adaptação da família ao método por meio das ações educativas e das orientações da equipe aos familiares e por proporcionar aos familiares o desenvolvimento de habilidades para o cuidar do conceito pré-termo^{12,13}; Processo de enfrentamento e superação (12 artigos), por meio desta categoria foi identificado que o MC favoreceu a autonomia do cuidar, desenvolvimento de habilidades e a possibilidade do empoderamento desses familiares resultando na esperança da melhora do filho. A religiosidade dos familiares demonstrou-se importante para o enfrentamento da situação da prematuridade. O contato pele-a-pele do MC favoreceu a formação do vínculo do familiar cuidador com o neonato pré-termo^{14,15,16}; O método canguru (9 artigos), categoria esta que demonstrou os benefícios da realização do método e da satisfação dos familiares com este. Mesmo sendo realizado, alguns dos familiares não conheciam a real importância ou o motivo para tal³;

Estresse (pa)materno e experiências conflituosas (9 artigos) categoria que demonstrou as maiores dificuldades enfrentadas por esses familiares, como a separação familiar, exaustão pelo período de internação, depressão, ansiedade e perturbações emocionais^{8,17,18}; A categoria Conhecimento sobre o método (6 artigos) demonstrou que o conhecimento sobre o MC não foi adquirido somente dos profissionais de saúde, mas que foram importantes para a informação sobre o método amigos, familiares e meios de comunicação e que algumas mães consideravam a posição canguru como “chata” e que realizava apenas por conhecer os benefícios ao filho^{19,12,13}; A penúltima categoria conferida como Desospitalização/ida para casa (5 artigos) confere que muitos dos pais envolvidos no cuidado estavam inseguros no cuidado a criança no lar. A equipe de saúde contribui por incentivar a continuidade do método após a alta por mais que haja dificuldades por diversos fatores domésticos^{20,21}; A última categoria elaborada é descrita como Mudança de rotina (4 artigos), em que é verificado que o MC por vezes é gerador de mudanças na dinâmica familiar por favorecer a troca de papéis entre os membros^{11,22,13,23}. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diversos aspectos relacionados à experiência dos pais e da família inserida no MC foram encontrados: a equipe de saúde deve fornecer apoio e orientação a estes participantes para o processo de adaptação, pois a situação de prematuridade e o baixo peso pode gerar estresse, em especial no processo de alta hospitalar em que pode haver insegurança da família nos cuidados à criança pré-termo, sendo que a criação de estratégias para a continuidade do método em domicílio pode auxiliar os pais e família na organização de seus papéis diante a nova situação.

FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO INDIVÍDUO COM ÚLCERA POR PRESSÃO

Mercy Costa Souza, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, Educação em saúde, Equipe de assistência ao paciente, Prevenção e controle

APRESENTAÇÃO: Apesar dos avanços científicos a úlcera por pressão (UPP) permanece como um desafio constante para os profissionais, instituições de saúde e para pacientes e familiares. A temática representa um sério problema de saúde pública que se agrava em toda a esfera assistencial, administrativa e social. Assim, a prevenção desta lesão requer intervenções integradas e sistematizadas, sem o divisor de funções, com o processo de gerenciamento de ações e resultados. O presente estudo teve por objetivo identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a prevenção e tratamento da UPP junto a indivíduos hospitalizados, sob a ótica dos profissionais de enfermagem, atuantes nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica das três maiores instituições hospitalares públicas em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Método do trabalho: Trata-se de um estudo transversal, no qual foram incluídos como participantes 31 enfermeiros, 112 técnicos de enfermagem e 54 auxiliares de enfermagem atuantes em três diferentes hospitais de grande porte localizados no município de Campo Grande/MS. Os hospitais escolhidos caracterizam-se por possuírem equipe multiprofissional e por constituírem-se como hospitais de ensino, recebendo alunos de graduação e residentes das diferentes profissões da área da saúde. A coleta de dados foi realizada nos próprios hospitais, para a qual foi elaborado um instrumento semi-estruturado autoaplicável, que passou por

processo de validação por juízes e teste piloto anteriormente à sua aplicação. O instrumento continha questões abertas que investigaram as ações empregadas na assistência ao indivíduo com risco ou portador de UPP. Para tanto, buscou entre outras informações, investigar os elementos facilitadores e dificultadores para implementação da prevenção e tratamento do agravo. Para análise dos resultados, os conteúdos das respostas foram categorizados e agrupados por semelhança de significado e frequência de repetição das respostas e apresentados por estatística descritiva. RESULTADOS: Como resultado, 52,8% dos entrevistados não identificam qualquer elemento facilitador para a implementação das medidas de prevenção da UPP, demonstrando que esta condição é tida como um problema de difícil manejo na prática diária destes profissionais. Entre os profissionais que indicaram a existência de ao menos algum fator facilitador (42,7%), os mais citados foram o processo de trabalho (55,9%) e os recursos humanos (45,2%), ainda com menor frequência foram apontados outros fatores como: a atuação da residência multiprofissional, o acompanhamento diário do indivíduo hospitalizado, a atuação do serviço social, o uso de dispositivo de alívio de pressão (colchão de ar) e a presença de acompanhante/ familiar. Quanto aos elementos dificultadores para a prevenção das UPP, os mais nomeados foram a falta de material (70,7%), a sobrecarga de trabalho (54,7%), o processo de trabalho (22,0%) e os recursos humanos (19,3%). Outros fatores foram apresentados, como a ausência do cuidado integral, a assistência de enfermagem não sistematizada, a ausência de capacitação específica sobre o tema, a falta do fisioterapeuta, a desinformação do acompanhante e a inexistência do protocolo de prevenção da UPP. Vale ressaltar que alguns fatores foram espontaneamente

citados pelos entrevistados tanto como fatores facilitadores quanto como elementos dificultadores como, por exemplo, o processo de trabalho e os recursos humanos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Quanto aos elementos facilitadores destacam-se as atividades prioritárias no processo de trabalho na enfermagem, com cuidado integral ao ser humano, articuladas as outras ações gerenciais, assim a soma de dois principais elementos que possam atuar diretamente nas realizações das ações de prevenção das UPP, tais como o profissional capacitado e a dedicação à assistência em seus preceitos éticos com a sistematização do cuidado. Isso nos faz refletir que as principais dificuldades na efetivação de tais medidas de prevenção ainda são: a escassez de profissionais e materiais, ausência de capacitação e a falta de apoio financeiro das instituições, somada a adoção de medidas isoladas de compreensão da dinâmica do trabalho distanciada da realidade dos trabalhadores, produzindo condições de trabalho inadequadas e precárias condições de assistência ao indivíduo usuário do sistema de saúde. Observou-se neste estudo, que a grande maioria dos profissionais que compõem as equipes de enfermagem identifica fatores que dificultam a prevenção da UPP em seu local de trabalho, demonstrando a necessidade de ações de educação permanente, bem como projetos terapêuticos compartilhados entre equipe multiprofissional, paciente e cuidadores/ familiares. A assistência à saúde envolve a interação de conhecimentos, atitudes e práticas que devem envolver a equipe de profissionais, os gestores e os usuários, quando esta interação não acontece da forma desejada, corre-se o risco de transformar instituições cuidadoras em saúde (neste caso os hospitais) em ambientes nocivos e de alto risco para a ocorrência de eventos adversos. Os resultados aqui apresentados justificam o repensar da organização da

atenção e da gestão da prevenção da UPP, considerando-se ser este um agravo passível de prevenção quando adotadas medidas adequadas, utilizando-se tecnologias leves e leve-duras. Nesse sentido, a assistência de enfermagem desenvolve-se como um trabalho coletivo e em colaboração com outros profissionais e trabalhadores da saúde. As práticas colaborativas interdisciplinares podem contribuir para a redução dos efeitos adversos, o agir ético e um conhecimento instrumentalizado, garantindo a assistência com qualidade e o cuidado seguro ao indivíduo. Assim, para a gestão do cuidado devem ser efetivadas ações e estratégias de promoção da saúde, centradas na prevenção, detecção precoce e intervenção junto às pessoas em risco, isso exige um processo integrado e com comunicação eficaz entre todos os atores envolvidos (equipe de saúde, administradores, instituições de ensino, pacientes e familiares), para discutir o impacto que a UPP causa na sociedade e priorizar a tomada de decisão a fim de reduzir o desenvolvimento desta condição. A decisão quanto ao tipo do tratamento e orientações para prevenção da UPP demanda conhecimento e habilidades de todos os profissionais de saúde, que devem apoiar-se nas melhores evidências científicas disponíveis, considerando-se o dinâmico processo de produção de conhecimentos que são incorporados ou descartados quando não se demonstram mais resolutivos. Os avanços no conhecimento sobre a UPP têm permitido a integralidade da atenção, a busca pela autonomia do indivíduo que necessita do cuidado e a ênfase na qualidade da assistência. Cabe aos profissionais e instituições compreenderem que a UPP é uma condição que em grande parte das vezes, desenvolve-se dentro do próprio ambiente cuidador, diante de diversos profissionais que acompanham estes pacientes, sua prevenção requer

atenção e práticas constantes. Vale ressaltar que a UPP apresenta-se como uma comorbidade que pode apresentar-se como uma importante barreira para o processo terapêutico do paciente, que muitas vezes retorna ao seu domicílio e não possui condições e recursos para a continuidade do cuidado e tratamento desta condição, que pode agravar-se de forma progressiva. Assim, a abordagem a estes pacientes deve ser planejada e incorporada no cotidiano dos serviços de saúde em âmbito hospitalar, favorecendo-se ainda a incorporação das evidências científicas, bem como a capacitação contínua da equipe de saúde, o envolvimento do indivíduo e o empoderamento da sociedade na busca constante da prevenção aos eventos adversos que ocorrem nas instituições de saúde.

FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA AVALIAÇÃO EM TRÊS UNIDADES BÁSICAS EM BELÉM/PA NO 1º SEMESTRE DE 2015

Thiago do Reis de Oliveira Costa, Maria da Conceição Nascimento Pinheiro

Palavras-chave: Saúde da mulher, Neoplasias do Colo do Útero, Prevenção de Câncer de Colo Uterino

APRESENTAÇÃO: A população brasileira é de 190.755.799 habitantes, sendo que as mulheres representam 51,03% desta população (IBGE, 2010). Com uma população feminina muito grande é necessário garantir o atendimento adequado para doenças com morbimortalidade altas, como o Câncer do Colo do Útero (CCU). Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo

óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008). No Brasil, no ano de 2012, foram esperados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Na análise regional no Brasil, o câncer do colo do útero destaca-se como o primeiro mais incidente na Região Norte, com 24 casos por 100 mil mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 28/100 mil e 18/100 mil, respectivamente, é o terceiro mais incidente na Região Sudeste (15/100 mil) e o quarto mais incidente na Região Sul (14/100 mil) (BRASIL, 2011). Com esses altos índices é preciso ter medidas para combatê-los, afim de que posso garantir uma assistência mais adequada à usuária. As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento). Dentro do rastreamento encontramos o fluxograma do PCCU, nele poderão ser encontradas as condutas que devem ser realizadas no encaminhamento das usuárias do programa. O fluxograma analisador é um instrumento, cuja utilização serve para demonstrar através dos símbolos, o processo de trabalho existente em um determinado serviço (MERHY, 1997). O uso do fluxograma analisador como instrumento de gerenciamento do trabalho, também permitiu que o profissional de saúde se tornasse capaz de identificar a necessidade de rever os instrumentos de trabalho que vem utilizando, para realizar suas práticas de saúde. (BARBOZA e FRACOLLI, 2005). O fluxograma do PPCCU basicamente fornece as informações necessárias, ao profissional, para a movimentação da usuária nos diferentes pontos das Redes de Atenção à

Saúde (RAS). Partindo da Atenção primária à Saúde (APS), com a realização do preventivo, até os níveis secundários e terciários para tratamento da patologia. Sendo assim, o fluxograma que não é seguido de forma correta pode ocasionar uma peregrinação da mulher entre os níveis de serviços de atenção à saúde acarretando sérios prejuízos à mesma, podendo levá-la ao óbito. Usando a integralidade como processo de garantia ao atendimento adequado perante os resultados do Papanicolau. Este trabalho visa avaliar o funcionamento do fluxograma do PCCU nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Guamá, da Pedreira e do Marco em relação ao pelo ministério da saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de estudo observacional qualitativo de um Programa de Prevenção do câncer de colo do útero no ano de 2015. As UBS's do estudo é uma UBS que atende a população do bairro da Pedreira, outra que atende as usuárias do bairro do Guamá e a UBS do Marco. Para este estudo utilizou-se uma entrevista com as técnicas responsáveis pelo Programa nas respectivas unidades. Para comparação das atividades desenvolvidas nas UBS's com as preconizadas pelo PCCU utilizamos o fluxograma contido no Manual do PCCU/Ministério da Saúde de 2012. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Na unidade da Pedreira encontramos uma técnica de enfermagem executando o programa, o que não é permitido, pois a mesma não possui o conhecimento necessário para a execução do programa. Já nas UBS's do Guamá e do Marco o PCCU é realizado por enfermeiras. O fluxo de atendimento das mulheres antes, durante e após o Teste Papanicolaou mostraram-se bastante discrepantes em relação ao que é preconizado no programa pelo Ministério da Saúde na UBS do Guamá, evidenciando uma desarticulação no encaminhamento para atendimento mais específico, não havendo orientação nem encaminhamento

adequado das mulheres baseado nos resultados de exames, sugerindo a falta de treinamento e qualificação do profissional para desenvolver atividades do PCCU. Já na Unidade da Pedreira o fluxograma é seguido corretamente, com pequenas discrepâncias em alguns resultados relevantes, como o de NIC II. Na UBS do Marco encontramos situação semelhante. Contudo, é insensato atrelar a inadequação do fluxograma preconizado somente ao profissional que dirige o programa na unidade, devemos também por em questão se há uma preocupação por parte das secretárias de saúde em capacitar ou atualizar o técnico e assim remover esse problema. Devemos também visar a excelência da formação destes profissionais, se dentro do currículo de sua academia formadora houve a devida atenção aos aspectos relacionados à saúde da mulher, dando ênfase ao PCCU, para que quando chegasse ao acolhimento à usuária, houvesse um atendimento eficaz. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como se pode observar, há maneiras diferentes de fluxogramas sendo exercidos nas duas Unidades, enquanto em duas é seguido, em sua maioria, corretamente em outra é quase totalmente desarticulado com o que é especificado pelo MS, o que acarreta sérios problemas no encaminhamento entre a atenção primária e a média complexidade, fazendo com que a usuária peregrine entre os níveis do sistema e não inicie o tratamento mais precoce possível, inicio esse, extremamente necessário para aumentar as chances de cura. Tendo o câncer do colo de útero como uma doença com elevados índices de mortalidade e que causa mudanças bruscas na vida da mulher é fundamental para o bom andamento e funcionalidade do programa um profissional que além de ter dentro das suas atribuições a execução do exame, tenha a compreensão e ponha em prática o fluxograma preconizado pelo MS, para isso é

capital que haja subsequentes atualizações e capacitações para promover uma assistência apropriada. Evidencia-se, em alguns casos, a inexistência ou não adesão aos protocolos clínicos, recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada a usuária que recebe o seu exame Papanicolau.

FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE: VIVÊNCIAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Elizê Pereira Pinheiro, Tatyane Oliveira Rebouças, Francisco Edilson Ferreira, Gabriela da Silva Santos, Caroline Batista de Queiroz Aquino, Valéria Jane Jácome Fernandes, Joyce Hilario Maranhão, Sarah Benevides Falcão Melo

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar, Serviço de atendimento Móvel de Urgência, Estágio em Enfermagem

INTRODUÇÃO: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo a morte. Destaca-se neste serviço a relevância do trabalho da enfermagem na prestação de cuidados aos pacientes, visto que está presente nos atendimentos realizados, tanto em unidades de suporte básico (USB), pela atuação dos auxiliares técnicos de enfermagem, quanto nas unidades de suporte avançado (USA), pela atuação do enfermeiro. Neste sentido, o programa de estágio extracurricular PROENSINO-SESA, tem a proposta de facilitar o processo de formação de acadêmicos para atuar em diversos cenários do Sistema Único de Saúde

(SUS). Representa a construção e troca de saberes sistematizados entre serviço e instituição de ensino, visando contribuir com a formação dos futuros trabalhadores do SUS, para que estes conheçam a complexidade da rede de Atenção e suas diretrizes no processo de organização dos serviços de saúde. Assegura um espaço à comunidade acadêmica, que no contexto da rede de serviços, permite uma prática reflexiva, contribuindo na formação de alunos e educação permanente dos trabalhadores supervisores enquanto atores deste processo rede hospitalar, rede básica e comunidade. O desenvolvimento de atividades de estágio, foi regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC) através da Lei 6494/77 e do Decreto 8797/82, possibilita o contato direto do estudante com o usuário, conferindo uma oportunidade singular de aplicar seus conhecimentos teóricos bem como de contribuir no desenvolvimento de habilidade e destreza nas ações de enfermagem. Dessa forma, acreditamos que as atividades de estágio, principalmente o extracurricular, são de suma importância para a formação deste profissional e por isso devem ser realizadas da maneira sistematizada e orientada, uma vez que o estágio é um processo pedagógico de formação profissional que tenta criar um elo entre a formação teórico-científica e a realidade do meio, é o momento de vincular a teoria à prática. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo descrever uma experiência de estágio extracurricular no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, enfatizando a importância deste para a formação dos acadêmicos de enfermagem. METODOLOGIA: Estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de março de 2013 a setembro de 2014, durante a participação como bolsista de um programa de estágio extracurricular, não obrigatório, no SAMU-Ceará. As vivências aconteciam de forma sistematizada e

tinham carga horária de 20 horas semanais, sendo 12 presenciais e 8 dedicadas à produção e pesquisa científica. OS SETORES ONDE O ESTÁGIO ERA REALIZADO: Núcleo de Educação Permanente (NEP), central de regulação e ambulância, todas as atividades eram realizadas sob a supervisão de um enfermeiro. RESULTADOS: Em algumas situações, os profissionais que atuam em unidades de atendimento às urgências, demonstram de imediato, importante preocupação com a estabilização dos parâmetros fisiológicos do indivíduo que é cuidado, sem considerar os demais aspectos, contribuindo para a prestação de um cuidado muitas vezes fragmentado. Estes fatores podem de forma direta ou indireta interferir no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, visto que algumas ações são por vezes negligenciadas em detrimento da prestação de atendimento rápido e eficaz durante as emergências. Em algumas situações, a falta de conhecimento técnico e até mesmo erros durante a realização da assistência interfere significativamente no prognóstico de um paciente. Neste sentido, a inserção em diferentes setores do serviço possibilitou uma aproximação da acadêmica com rotinas pouco estudadas em ambiente universitário. Vivência na central de regulação: aconteceu em curto período, de um mês, sendo as atividades focadas na observação do atendimento de chamados e o direcionamento dado para cada um deles. Neste setor pode ser observado o quanto é importante a coleta de informações precisas e seguras para agilizar todo o atendimento, melhorando o tempo de resposta. VIVÊNCIA EM AMBULÂNCIA: o ambiente da ambulância gera inúmeras preocupações no acadêmico, visto que os processos de trabalho diferem em muitos aspectos do contexto hospitalar, divergem também de outras atividades práticas que o acadêmico desenvolveu na universidade. Uma questão importante é a da formação

do enfermeiro para o trabalho em cenários de emergência, pois infelizmente, o ensino de primeiros socorros em alguns cursos de graduação além de ser deficitário, não está na grade curricular obrigatória dos cursos de enfermagem, o que provoca insegurança no acadêmico que tem a necessidade ou interesse de inserir-se neste contexto. Daí a importância de cada vez mais ampliar o acesso de graduandos aos serviços de saúde, para que a partir de experiências no serviço, este possa tornar-se um profissional preparado para lidar com públicas situações específicas. Neste sentido, as vivências no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência permitiram à acadêmica participar das etapas de um atendimento pré-hospitalar, desde o momento do chamado, até a prestação da assistência de enfermagem propriamente dita. Realizando checklists de materiais e equipamentos, medicações, punções venosas, auxiliando em procedimentos invasivos, e participando de treinamentos e cursos de atualização para a prestação de assistência em urgências clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas, dentre outras. Vivência no Núcleo de Educação Permanente (NEP): o programa também trouxe como experiência positiva a oportunidade de atuar equipe multiprofissional de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de competências e um processo de trabalho diferenciado em enfermagem. Nesta etapa, vale ressaltar que a atuação como parte da equipe, foi importante para formação da acadêmica, pois ratificou a relevância da atuação do enfermeiro neste contexto, partindo da necessidade da realização de procedimentos baseados em protocolos, mas compreendendo por outro lado, a importância de oferecer um suporte humanizado e qualificado ao paciente em situações críticas. Ainda sobre a atuação neste núcleo, foi incentivada a participação em processos seletivos, juntamente com a

equipe de avaliação do NEP, realizados para os profissionais que desejavam ingressar no SAMU, somando-se a esta atividade, também a organização cronogramas, projetos e cursos a serem realizados pelo núcleo. CONCLUSÃO: Entende-se que a experiência do estágio extracurricular é valiosa, tendo em vista que insere o acadêmico no serviço, incentivando-o a observar a realidade na qual está imerso e construir críticas reflexivas acerca de sua formação e seu papel como profissional enfermeiro, sendo uma experiência relevante não só para o acadêmico, mas também para a equipe de saúde, que compartilha o seu saber e seu fazer. As atividades realizadas durante o estágio e a vivência no SAMU contribuíram de forma importante para a formação técnica, científica e reflexiva da participante do programa, pois oportunizou um olhar crítico sobre a atuação da enfermagem neste cenário especial, rompendo com o modelo tradicional de formação em saúde, orientando-se por um aprender a fazer reflexivo da realidade. Vale ressaltar que a realização deste trabalho é, também, uma forma de dividir uma experiência positiva em um contexto carente de pesquisas científicas e inserção acadêmica.

GÊNERO, VIOLÊNCIA E USO DE DROGAS: O QUE MUDA E O QUE SE PERPETUA NA VIDA DE MULHERES USUÁRIAS

Márcia Rebeca Rocha de Souza, Jeane Freitas de Oliveira, Mariana Cavalcante G. Chagas, Raquel Miguel Rodrigues

Palavras-chave: Gênero, Violência, Drogas

APRESENTAÇÃO: A atenção à saúde requer, dentre outros aspectos, o conhecimento do contexto de vida das pessoas visando à construção de ações mais cuidadoras, no sentido da defesa da vida do/com o outro. A situação das mulheres usuárias de drogas

é complexa e evidencia a necessidade de implantação de uma rede de serviços não apenas limitada à área da saúde. O cuidado à saúde das mulheres, em especial, exige que especificidades como as construções de gênero sejam consideradas, tanto no que diz respeito a aspectos relacionados à feminilidade e masculinidade, quanto aos aspectos relacionados à condição socioeconômica, raça/cor e geração. Este resumo é um recorte de uma pesquisa de mestrado vinculada ao Projeto - Vulnerabilidades de Mulheres envolvidas com álcool e outras drogas, financiado pelo CNPq. Trata-se de um ensaio cartográfico, cujo objetivo é descrever diferentes situações de violência que permeiam a trajetória de vida de mulheres usuárias de drogas. **DESENVOLVIMENTO:** O cuidado direcionado às pessoas que enfrentam problemas com o uso de drogas encontra lugar, para a maior parte dos casos mais graves, no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), dispositivo extra-hospitalar do setor secundário, onde os casos recebem uma atenção multiprofissional na tentativa de construção coletiva de planos terapêuticos complexos e de amplo alcance. Porém, podemos observar outras possibilidades do cuidar de si como possibilidade de (sobre)viver. Tais possibilidades passam pelos códigos de conduta “invisíveis” ou “indizíveis” que as pessoas em situações de rua, por exemplo, podem construir para si, podendo passar também pela construção de grupos específicos de uso compartilhado de drogas, grupos de apoio de ex-usuários, grupos religiosos ou artísticos, entre outros. A fim de dar visibilidade às situações cotidianas de mulheres que frequentam um CAPS-AD de Salvador-BA, foram entrevistadas sete mulheres usuárias deste dispositivo. Este número foi definido ao longo do desenvolvimento da pesquisa e todas as participantes assinaram Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA. As mulheres foram identificadas neste estudo a partir de nomes fictícios, preservando o anonimato das mesmas. Os dados foram produzidos por entrevista semiestruturada realizada em Salvador-BA, no período de outubro a dezembro de 2012. Tomamos como analisadores os enunciados produzidos nos encontros com as mulheres participantes. **RESULTADOS:** Os relatos das entrevistadas mostram suas trajetórias de vida marcadas por situações de violência. Algumas referiram presenciar atos de violência conjugal contra suas mães durante a infância, outras afirmaram sofrer agressões na infância e na fase adulta. Em todos os casos a violência era praticada por uma pessoa do sexo masculino, na posição de pai ou companheiro, o que demarca uma relação desigual entre os sexos, numa posição de “mais valia” do sexo masculino sobre o feminino. De acordo com os relatos das participantes, percebe-se que a violência se apresenta como um fenômeno geracional que ocorre em toda trajetória de suas vidas, de diversas formas, deixando marcas físicas, psicológicas e afetivas. A violência de gênero atravessa gerações, sendo reproduzida de formas muito similares. Durante sua entrevista, Florzinha apontou semelhanças entre a sua história e a história de sua mãe, que também fora usuária de drogas e sofrera violência física do companheiro. “Quem batia nela era um padrasto aí que ela me arrumou. Parecia até com Marcos, meu companheiro” (Florzinha). Há a representação do homem como agressor provável, indicando que elas esperam que ocorram atos violentos na relação com o gênero masculino. As falas abaixo ilustram esse posicionamento. “Tem mulher que fica agressiva também, mas o homem é mais forte. O homem já

parte pra cima, já dá facada, dá pedrada e agente mulher é mais frágil, né?” (Florzinha) Enquanto usuária de substâncias como o crack, as mulheres também se expõem à situações de violência nas cenas de uso, como quando é contratada para acompanhar um homem durante o uso de drogas e para comprar drogas, servindo de “avião” (quem compra droga). Os resultados deste estudo apontaram diferenças de comportamento entre as mulheres que usam crack e as que usam álcool, como se o tipo de droga guardasse um lugar para quem a utiliza. Nos relatos de Lucinha, abaixo, é possível relacionar o tipo de droga utilizada e o lugar que ela ocupa num contexto de relações violentas. “Ele vinha me bater, eu não deixava aí rolava faca, rolava fogo. Teve uma vez que eu botei fogo nele, piquei ferro quente nele, já fiz cada coisa horrível com ele”. A usuária de crack marca uma mudança de posição da mulher, que deixa de ser vítima e passa a ser a agressora. Ela inverte a relação de poder e subjuga o homem, assumindo um papel diferente do habitual. A droga, no caso, funciona como “gatilho” disparador da violência como atitude de uma mulher que tem pouco ou nenhum recurso de defesa, que está isolada de sua rede social e que é vítima de diferentes tipos de violência de gênero por ser mulher, negra e usuária de crack. Ao se tornar abstinente, a mulher que usa crack perde seu lugar de usuária aos olhos do marido, e percebe uma mudança no comportamento dele, sinalizando que a visão que seu companheiro tem dela se relaciona com o uso que faz do crack. “Eu não sei porque ele está assim comigo. Agente tá brigando muito, briga mais, muito mais do que quando eu tava usando. Ele enche minha paciência, fica me xingando em casa. Engraçado que quando eu fumava crack ele não era assim (...) As vezes eu acho que ele tinha era medo de mim. Por isso não brigava tanto. Agora não. Agora ele sabe que eu não tô usando e tá botando as

asinhadas de fora” (Lucinha). Nessa passagem fica clara a relação entre o uso do crack, o imaginário social que o acompanha e as relações que se estabelecem. Diante disso e para reforçar seu lugar na relação ela volta a reagir como de costume, apontando que mesmo sem a droga, essa mulher leva consigo o seu legado social, como se tivesse assumido as características que o imaginário social atribui à substância consumida. As mulheres que usam álcool neste estudo, por outro lado, responderam à violência da forma que é esperada para elas. As mulheres que usavam álcool de forma abusiva foram vítimas de agressões, ameaças e situações de coação, sendo subjugadas e submissas aos homens, de diferentes formas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os enunciados das mulheres usuárias de álcool e crack apontam singularidades frente às situações de violência vividas associadas às diferentes cenas de uso. O reconhecimento das múltiplas formas de existência, não somente nas situações de violência e no uso de álcool e outras drogas, pode ampliar as possibilidades de produção de cuidado a essa população frente às complexas relações de gênero que permeiam suas vidas.

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Helenice Yemi Nakamura, Maria Inês Rubo Souza Nobre, Núbia Garcia Vianna, Eliete Maria Silva

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde

Introdução: Para que sejam tomadas decisões na área da gestão do cuidado, de um determinado território mediante as necessidades da população, torna-se

necessário conhecer informações sobre as condições de vida e morte da população, nos diversos grupos etários, o nível socioeconômico, contribuindo assim, na tomada de decisões para melhorar o nível de saúde de uma determinada população (BRASIL, 2002; 2006). A análise da gestão do cuidado da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) – Saúde da Família de uma instituição de ensino superior (IES), realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. Este trabalho pautou-se no respeito à inclusão de todos os preceptores (profissionais de saúde da SMS), alunos bolsistas e voluntários como pesquisadores, de modo a envolvê-los na produção do conhecimento como parte de seu cotidiano, com respeito aos usuários como cidadãos cujo direito à saúde se promoverá com acesso às melhores informações e as melhores práticas de atenção à saúde. Estas informações devem ser articuladas com a promoção da saúde da população adscrita ao território e utilizadas no planejamento, gestão e avaliação dos serviços prestados (Mota, Carvalho, 2003; Andrade, Soares, 2001). Para a gestão do cuidado foram apresentados e discutidos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), utilizados nos CS, para identificar dentre eles aquele que fosse mais apropriado ao estudo. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, nos moldes da pesquisa participante, composto por um grupo formado por alunos bolsistas e voluntários, docentes da enfermagem e fonoaudiologia e profissionais (dentistas, educador social, enfermeiros, fonoaudióloga, médicas, psicólogos e terapeutas ocupacionais) de saúde de dez CS, localizados em três distritos de saúde (leste, norte e leste), dentre os cinco existentes no município. Em cada

unidade, participante do trabalho, existem de dois a três preceptores, tendo sobre a sua responsabilidade dois alunos bolsistas. Cada tutor tem sobre sua responsabilidade de duas a três unidades. Foram estudados 12 Sistemas de Informação em Saúde utilizados no SUS. Todo o processo de trabalho foi pautado pela definição dos instrumentos e estratégias mais adequadas para o grupo, baseada em fundamentação científica e na negociação coletiva de viabilidade nos prazos acordados, com as necessárias capacitações em cada etapa da produção. Resultados e discussão O estudo envolveu cinco tutoras, 24 preceptores que são profissionais de saúde vinculados à saúde da família e 48 alunos bolsistas além de outros voluntários vinculados ao projeto. Foram estudadas e realizadas apresentações dos 12 Sistemas de Informação em Saúde (SIS): Cadastro de Usuários e Domicílios (CADCAMP) que tem como objetivo cadastrar a população do município, em especial a que utiliza os serviços de saúde da rede pública do SUS; Sistema de Informação e de Notificação de Violência (SisNOV) é um sistema informatizado, integrado, intersetorial e interinstitucional, de notificação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes e de violência sexual, doméstica ou urbana, em qualquer idade ou sexo; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória; Sistema de Vigilância (SV2) é o instrumento de registro local das Unidades Básicas de Saúde, onde são realizadas as notificações de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação; Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área (SSA2) Sistema especial para gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades; Sistema de Acompanhamento

do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal) tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal; Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) Conhecer o perfil de nascidos vivos, oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações para melhorar o atendimento às gestantes, identificando situações de risco e subsidiar a vigilância da criança de risco para morbimortalidade no primeiro ano de vida; Sistema de Informação de Câncer da Mulher (SISCAM) que abrange o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISColo) e Sistema de Informação de Câncer de Mama (SISMama); Sistema de Gestão de Materiais e Medicamentos (Sig2M) e Dispensação Individualizada de Medicamentos (DIM) que são sistemas de dispensação de medicamentos no nível local e individual; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do estado nutricional do consumo alimentar das pessoas que frequentam as Unidades Básicas do SUS; Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) coleta dados sobre óbitos, tem abrangência nacional e fornece informações sobre o perfil de mortalidade nos diferentes níveis do SUS. Após a apresentação dos SIS e revisão de literatura evidenciou-se que o SIM é um dos Sistemas de Informação mais utilizados para avaliação do nível de saúde. Os dados que compõem o SIM originam-se da declaração de óbito (DO), sendo uma das variáveis mais importantes a causa básica da morte que é um conhecimento importante para fins de prevenção. A DO é preenchida nos hospitais, nos Institutos Médicos Legais (IML), nos Sistemas de Vigilância de Óbitos (SVO) pelos médicos (Laurenti et al., 2008; Mathias et

al., 2005). As informações de mortalidade continuam sendo a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades, avaliar programas e propor ações de ações de saúde, entre outras finalidades (Laurenti, Jorge, Gotlieb, 2004). Conclusão: Concluiu-se, portanto, que o SIM é um sistema de informação apropriado para o estudo da gestão do cuidado em função de sua exatidão e fidedignidade.

GRUPO DE MÃES DE BEBÊS HOSPITALIZADOS: DIFICULDADES, SUGESTÕES E SOLUÇÕES DE ENFRENTAMENTO NA PERSPECTIVA MATERNA

Leidimara Cristina Zanfolim, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Fabiane Melo Heinen Ganassin

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Cuidados, Neonatologia, Acolhimento

Apresentação: O nascimento de um bebê inaugura uma série de transformações na vida familiar e é acompanhado de uma gama de emoções, principalmente por parte dos pais, imprimindo mudanças na personalidade dos mesmos. Quando ocorre do recém-nascido necessitar ser hospitalizado em Unidades Neonatais hospitalares, devido a alguma alteração em seu estado de saúde, exige-se dos pais um reposicionamento subjetivo para vivenciar esse momento, devido ao sentimento de perda do bebê saudável, idealizado e imaginado e a necessidade de estabelecer uma ligação afetiva com o bebê real, muitas vezes pequeno, inchado, doente. Nesse momento, os pais necessitam da ajuda da equipe, para compreender esse período e estabelecer uma ligação afetiva com o seu bebê. (DONELLI, 2011; DUART et al., 2013; LOPES et al., 2010). Juntamente com

os bebês, há a permanência das mães, que vivenciam o ambiente hospitalar e os sentimentos ligados à internação de um filho em Unidades Intensivas. Essas mães permanecem alojadas no próprio hospital, estando distantes de casa, dos outros filhos, do marido e de sua rotina. Deste modo, partindo da atenção integral ao bebê, faz-se de suma importância acolher essas mães com ações de cuidado, tornando-as participativas no processo de hospitalização. Corroborando com esta ideia são desenvolvidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatais do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), Dourados, Mato Grosso do Sul (MS), desde o ano de 2012, grupos de mães dos bebês internados nessas Unidades. Sabe-se, de acordo com levantamento de dados em prontuários a respeito da população do estudo, que de janeiro de 2013 a março de 2015 foram internados na UTI Neonatal do HU/UFGD um total de 883 bebês e na UCI neonatal 1448 bebês. Assim, pensando na qualidade e fortalecimento desse espaço grupal, propôs-se a execução do projeto de pesquisa-ação intitulado “Dificuldades vivenciadas pelas Mães na Hospitalização dos seus bebês: Sugestões e soluções de enfrentamento na perspectiva materna” tendo como suporte teórico os estudos de Paulo Freire sobre Educação Popular e de Pichon-Riviére sobre Grupo Operativo, o qual foi apresentado no Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), objeto do presente estudo. Partindo desse pressuposto é fundamental a humanização desse espaço, portanto, esta proposta tem como objetivo descrever as dificuldades que as mães vivenciam durante a hospitalização do seu filho no Setor de Neonatologia do HU/UFGD, assim como levantar as possíveis sugestões e soluções das mesmas no

enfrentamento dessas dificuldades. Esses dados subsidiarão a construção de um Guia de Acolhimento, destinado aos profissionais de saúde, o qual tem como intuito nortear o trabalho das equipes, visando à qualidade do atendimento integral aos recém-nascidos hospitalizados, prevenindo agravos à saúde de todos os envolvidos no processo, assim como o protagonismo dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com uma proposta de pesquisa-ação e será desenvolvida na UTI e UCI Neonatais do HU/UFGD. Os sujeitos consistem nas mães de recém-nascidos que estiverem com seus bebês internados nesses setores no período da coleta de dados e que atenderem ao critério de inclusão da amostra, que são: (a) ser mãe ou responsável legal pelo bebê que estiver internado na UTI ou UCI Neonatais no período da coleta de dados, (b) tenha compreensão e saiba falar a língua Portuguesa, (c) não ser indígena, (d) mediante convite, aceitarem participar do estudo. Será realizado por meio de grupo de mães, o qual se propõe a oportunizar um espaço de acolhimento e diálogo, tendo como suporte teórico os estudos de Paulo Freire sobre Educação Popular e de Pichon Riviére sobre Grupo Operativo. Os encontros ocorrerão no hospital, com frequência semanal e duração de uma hora e trinta minutos. A participação das mães se dará mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no caso de menores de 18 anos, o termo deverá ser assinado também por seu responsável legal. O convite será feito semanalmente, no dia anterior a realização da atividade do grupo, no período da coleta de dados. Portanto, o grupo terá modalidade Operativa, tendo como tarefa explícita a busca de soluções saudáveis que auxiliem essas mães a vivenciarem a hospitalização do seu filho. Após coleta e análise dos dados, será construído um Guia de Acolhimento,

destinado aos profissionais de saúde, contendo os sentimentos, dificuldades, soluções e sugestões dos sujeitos na vivência desse processo. A coleta dos dados se dará por meio de observações e registros em diário de campo da primeira autora, assim como transcrições das gravações de voz das atividades realizadas nos grupos de mães. O período da coleta terá início no mês de Janeiro de 2016, seu término será por saturação dos dados coletados. Para análise dos dados será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa, Ensino e Extensão do HU/UFGD e após aprovação será submetido ao Comitê de Ética com Seres Humanos, via Plataforma Brasil, e somente será iniciado após emissão do Parecer Consubstanciado. Impactos: Pretende-se com esse estudo qualificar o trabalho em grupo, promover espaço de diálogo, de empoderamento, de ressignificação de sentimentos, favorecendo o vínculo entre mãe e bebê, atuando em prol da saúde mental de ambos. Com o Guia de Acolhimento, construído por meio das falas das mães, espera-se nortear o trabalho das equipes na construção de ações de melhorias e qualidade no atendimento integral aos bebês hospitalizados, adequando-as as necessidades e benefícios dos usuários, favorecendo o avanço dos serviços de Saúde do SUS. Considerações finais: O projeto de pesquisa proposto partiu da inquietude da primeira autora, na constatação em sua prática profissional, do sofrimento e dificuldades das mães dos bebês hospitalizados durante a vivência desse processo, a qual acredita que a autonomia e participação das mesmas são de fundamental importância na reflexão a respeito de ações de humanização que possam promover a diminuição desses sofrimentos e dificuldades e prevenir agravos. A construção do Guia de Acolhimento pretende também, aproximar

equipe e mães, por meio da subjetividade das últimas, sensibilizando a equipe de saúde para uma maior disposição na vivência da humanização. Espera-se, deste modo, qualificar os cuidados com o bebê e sua família, dando visibilidade a esta população que vivencia tanto sofrimento, investindo no trabalho de grupo, construindo ações de melhorias da qualidade do trabalho, adequando-as as necessidades e benefícios dos usuários. Portanto, pretende-se o status de um projeto institucional, atraindo mais parcerias, mais apoio, incrementando investimento na atenção integral materno e infantil. Assim como, promover a instituição hospitalar e Unidades de Neonatologia.

HISTÓRIA DA REDE DE ASSISTÊNCIA AO AUTISMO NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA-RJ: UMA ANÁLISE DA LEI ENQUANTO DISPOSITIVO DE POLÍTICA PÚBLICA E REDE DE CUIDADO

Jessica Kely Soares do Carmo de Castro Silva, Flávia Freire, Monica Rocha, Priscila Alves

Palavras-chave: rede de cuidado, transtorno do espectro do autismo

APRESENTAÇÃO: Este trabalho de pesquisa é parte integrante do projeto Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, que constitui uma rede de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior do Brasil. Inserido na Universidade Federal Fluminense de Volta Redonda, o projeto de pesquisa foi integrado ao Departamento de Psicologia, sendo intitulado Observatório de Política, Educação e Cuidado em Saúde. O observatório tem como objetivo empreender uma análise microvetorial a partir do dispositivo das leis, normas e regulamentos, construídos pelo poder executivo, com vistas a captar o agir e a intencionalidade dos atores envolvidos na

constituição das políticas de saúde e da produção do cuidado. Em Volta Redonda, o observatório tem se dedicado à análise microvetorial do impacto da Lei do autismo, Lei nº 12.764 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, conhecida como Lei Berenice Piana. O trabalho aqui apresentado refere-se à análise da constituição da rede de saúde em Volta Redonda-RJ, voltada para o cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista. METODOLOGIA: A metodologia utilizada parte da análise das leis nacional, estadual e municipal, enquanto dispositivos de construção de políticas públicas de saúde e ações macro e micropolíticas, que conformam certos modelos de cuidado em saúde. Partindo da análise dos instrumentos legais, a pesquisa utilizou-se também de entrevistas com trabalhadores de saúde que integram a rede de cuidado ao autismo, uma vez que são atores-chaves no cuidado e na assistência ao autista, e constroem práticas de cuidado que operacionalizam as políticas de saúde. Com isso propõe-se mapear a constituição dos equipamentos de cuidado ofertados aos usuários com Transtorno do Espectro Autista em Volta Redonda-RJ, tomando as leis que regulamentam a política de assistência ao autismo como microvetores de análise. Pensamos o funcionamento das leis e seus efeitos no cotidiano dos serviços que ofertam esse cuidado, na vida dos usuários e trabalhadores e na forma como o autismo é observado, definido e diagnosticado. Para isto, o contato com a rede de saúde mental, sobretudo com o serviço que se constituiu como referência de cuidado para o autismo, oriundo da implantação da Lei 4.922 de 2012, tem sido de fundamental importância. RESULTADOS: As observações trazidas da rede permitem uma leitura crítica das leis e dos seus efeitos. Na lei que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com

Transtorno do Espectro Autista data de 2012 destacamos, como exemplos de dados que compõem os entendimentos do transtorno e as ofertas de cuidado, a definição do transtorno do espectro do autismo como deficiência e a preconização do diagnóstico precoce. No âmbito estadual destaca-se a Lei 6.169 de março de 2012 que dispõe sobre a Implantação dos Centros de Reabilitação Integral para deficientes mentais e autistas no estado do Rio de Janeiro. Na esfera municipal duas leis são pautadas: Lei 4.833, que institui a política municipal de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, promulgada em 2011, um ano antes da lei nacional, contudo resguardando semelhanças com a mesma; e a lei 4.922 de 2012, que dispõe sobre a implantação do Centro de Atendimento Integral para pessoas com transtorno do espectro autista no município, um serviço de saúde que propõe cuidados de reabilitação, tratamento, prevenção de deficiências secundárias e tratamento e/ou orientação familiar consonantes com os atendimentos de equipe multidisciplinar. Dentre as funções do Centro de Atendimento Integral destacam-se as garantias de: (I) Programa de diagnóstico precoce; (II) Atendimentos terapêuticos comportamentais, com programas, metodologias e comunicação alternativa/aumentativa comprovadamente eficazes; (III) Qualificação dos profissionais em atendimento a autistas; (IV) Distribuição gratuita de medicamentos e nutrientes necessários a todas as crianças, adolescentes e adultos com autismo, sem interrupção de fluxo. O município de Volta Redonda conta atualmente com uma rede de serviços intersetoriais para o autista, que envolve a Secretaria de Educação (Escola Dayse Mansur e Sítio Escola), Secretaria de Saúde (Centro de Atenção Psicossocial) e Secretaria de Ação Comunitária (CAPD – Centro de Atendimento à Pessoa com Deficiência e Centro de Convivência). Ressaltamos que para este trabalho foi

feito um recorte da legislação no que se refere ao setor da saúde. A partir da promulgação da lei 4.833, o serviço criado em 2011 como Centro de Atendimento Integral à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, se transforma em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Este processo de metamorfose se deu a partir da organização das Redes de Atenção à Saúde, com a constituição da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que dispõe de financiamento federal específico para construção de CAPS, que também podem compor as redes de cuidado e atenção à clientela autista. Com a regulamentação através da portaria 3.088 de 2011, a RAPS incorporou em Volta Redonda a assistência à pessoa com transtorno do espectro do autismo na rede de saúde mental. Trata-se dos efeitos e modulações da criação do serviço por outros dispositivos legais: a lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 de 2001 e a portaria de regulamentação da rede de atenção psicossocial, portaria 3.088 de 2011. Sobre as leis municipais e a existência de tantos serviços destinados ao cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista, bem como as demandas pela criação de mais serviços especializados, avaliamos que uma das urgências geradoras dessas leis e estabelecimentos foi o grande engajamento e mobilização da APADEM - Associação de Pais e Amigos da Pessoa com Deficiência Mental. Em parte, essa mobilização está associada à crença de que o cuidado ao usuário diagnosticado com o transtorno é mais possível ou pertinente pela via do afastamento do autista das redes regulares e criação de redes especializadas de cuidado, ou seja, por uma negação da sua diferença – e não pelas tentativas de escuta e produção de comunicação com o autista na sua diferença. Tais projetos de cuidado diminuem o desconforto diante de um modo de funcionamento diferente. Percebemos que a exigência de competências cada vez mais específicas para os profissionais que

trabalham no cuidado a esses usuários, bem como a produção de serviços hiper-especializados nesse cuidado, define para os usuários lugares cada vez mais separados da vida cotidiana, da cidade e das redes regulares, gerando exclusão, em vez de socialização. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Criar serviços específicos diminui a confrontação e o compromisso das redes regulares de ensino, saúde e assistência em ter contato e em se prepararem para acolher e trabalhar com esses usuários. E, por outro lado, isso causa também uma grande valorização do conhecimento técnico em detrimento de uma sensibilidade que só se produz em práticas de trabalho. Assim, os profissionais não “capacitados”, sentem certa impotência diante da necessidade de produzir cuidado ao usuário diagnosticado com autismo. Em consonância com Lima (2014), consideramos as leis espaços heterogêneos desde o seu processo de construção, em que se articulam diferentes forças e se presentificam urgências de várias ordens que se pretende pautar. Ressaltamos a importância de usá-las, entendendo-as como mecanismo que gera e interfere em relações de saber-poder e fazeres, constituindo-se como dispositivos de implantação de políticas públicas, uma vez que as consideramos como práticas e não como modos naturais de funcionar. E, portanto, interessa-nos colher, além de seus efeitos, também seus vazamentos e fissuras, os limites do dispositivo enquanto operador e construtor de políticas e modelos de cuidado.

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: PROBLEMATIZAÇÕES CRÍTICAS

Marina Monteiro de Castro e Castro

O presente estudo tem por objetivo problematizar os caminhos seguidos pela humanização em saúde a partir da sua

conformação enquanto política nos anos 2000. Tal discussão vai ao encontro das indicações dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde que apontam que os assistentes sociais, no quadro atual dos serviços de saúde, são chamados a atuar diretamente com a política de humanização, e por isso, necessitam ter clareza das diversas concepções de humanização, das compreensões distorcidas que levam a uma análise romântica e/ou residual da atuação, e que conduzem à ações focalizadas na escuta e redução de tensão, sem problematizar o processo saúde/doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Desta forma, o estudo é fruto de uma revisão bibliográfica e documental sobre o tema da humanização que buscou compreender o arcabouço ideoteórico que o sustenta e sua intencionalidade política, a partir da análise das principais diretrizes da Política Nacional de humanização (PNH). A temática da humanização na área da saúde avançou no Brasil a partir dos anos 1990 por meio de diversas iniciativas focalizadas, e se tornou política pública em 2003, com a proposição da PNH. Desde esse período, a humanização vem sendo proposta como um dispositivo capaz de gerar mudanças no trabalho e gestão da atenção à saúde, através da gestão participativa e cogestão, acolhimento, trabalho em equipe, fomento de redes, valorização do trabalhador, ambiência, defesa dos direitos dos usuários, entre outras estratégias. A justificativa para a proposta de tal política encontra-se nas debilidades no SUS que, apesar dos avanços trazidos com a sua implementação, possibilitou o acesso à saúde de modo universal, estando pautada em princípios como a integralidade e a equidade, havendo ainda questões e problemas que necessitam ser respondidos e solucionados. Dentre esses problemas estão a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre

os profissionais, a precária interação entre as equipes, dificuldade de lidar com a dimensão subjetiva da atenção, desrespeito aos direitos dos usuários, entre outros, os quais demandam um olhar mais abrangente sob a atenção e gestão no SUS. A partir da revisão de literatura, identificou-se que as novas requisições postas aos trabalhadores, assim como as temáticas/conceitos que se apresentam nas produções teóricas são disseminados, especialmente, pela política de humanização que tem como eixos centrais: cuidado em saúde, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, ambiência, trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. Estes elementos são postos como aqueles que devem orientar a gestão e o trabalho em saúde, tornando-se motes no interior das diversas políticas da área da saúde. A questão central identificada é que esses eixos não são polemizados nos seus elementos de fundo: no âmbito das contradições da política de saúde e do próprio modelo assistencial empregado pelas instituições de saúde no que tange à sua lógica privatista. Toda esta lógica é vista prioritariamente como avanço, já que tem como direcionamento mudanças nas relações entre a equipe de saúde/usuários, gestão e atenção, promovendo a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No entanto, a PNH não é problematizada nos seus limites, no que concerne à precarização das condições e relações de trabalho, fragmentação do trabalho entre as equipes de saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, entre outros – que têm interferências diretas nos programas/política de humanização na saúde. Essa problematização é importante, uma vez que as propostas de humanização são realizadas em um quadro, principalmente nos governos Lula e Dilma, em que a

política de saúde afirma-se como fonte de investimento e lucratividade para o capital, acompanhando os ditames dos organismos internacionais que indicam a sua inserção em âmbito privado, a adequação da política ao ajuste fiscal, e a construção de um discurso centrado no combate à pobreza. No âmbito do arcabouço teórico para análise dos elementos constitutivos do debate da humanização, avança-se na utilização de um referencial incorporado e fortalecido pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990, que se respalda em autores (Foucault, Deleuze, Guattari) que realizam uma crítica ao projeto da modernidade e aproximam-se do campo pós-moderno. Esse campo teórico tem em sua base a crítica ao projeto de reforma sanitária (construído nos anos 1970) vincado na tradição marxista. A PNH (2003) será fruto do movimento teórico, prático e político do campo da Saúde Coletiva que, apesar de seu hibridismo, aponta o tema da humanização da atenção e da gestão das práticas de saúde, destacando os sujeitos e o cuidado. “É nesta tradição e desta origem que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde”. As hipóteses lançadas sustentam-se no entendimento de que a humanização, apesar de um mote do movimento progressista da área da saúde, torna-se uma estratégia de combate à crise do capital, sendo destacadas a sua função mercadológica, a transferência da responsabilidade estatal para sociedade civil, responsabilização/culpabilização dos trabalhadores e usuários pelas dificuldades existentes nos serviços de saúde, as alternativas possibilistas para enfrentamento da crise da saúde e a incorporação de uma perspectiva restrita de humanização que coaduna com a lógica de um “capital humanizado”. Na PNH, o conceito de humanização estabelecido incorpora o arcabouço ideoteórico construído pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990, essencialmente, o debate da

micropolítica e do cuidado em saúde, sendo enfatizados: a corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, a troca e construção de saberes entre profissionais, o trabalho em equipe, e o desejo dos sujeitos. É necessário estar atento aos limites da política de humanização e solidificar uma ação que tenha como prisma os direitos e a cidadania, e que esteja cotidianamente respaldada nos preceitos do projeto de reforma sanitária, construído nos anos 1970, e na determinação social do processo saúde-doença. Deve-se efetivar também uma visão de subjetividade ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos, invertendo a queixa da psicologização das relações sociais. Desta forma, esse debate da humanização deve ter como centralidade: os determinantes das condições de saúde da população; as políticas intersetoriais; as tecnologias estratégicas à qualidade da atenção à saúde; a formação de recursos humanos, gestores e conselheiros de saúde; a expansão da informação em saúde; a regionalização da rede de serviços; a participação popular; a educação em saúde e na área da saúde; a formação de profissionais capazes de refletir sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização da atenção à saúde.

HUMANIZASUS: UMA REDE DE APOIADORES EM BUSCA DE UM SUS MELHOR

Catia Paranhos Martins, Cristina Amélia Luzio

Palavras-chave: HumanizaSUS, rede, apoio institucional

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, acumula

experimentações, parceiros e produções ao longo dos anos. Na luta pelo direito à saúde de qualidade de todos e qualquer um/uma, os muitos apoiadores do HumanizaSUS, os trabalhadores do e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm fomentado mudanças na atenção e na gestão na construção da saúde pública (BRASIL, 2010). Este trabalho apresenta uma síntese de nossa pesquisa para o doutoramento em psicologia, defendida na UNESP/Assis, intitulada como “A Política Nacional de Humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo”. Buscamos conhecer algumas inflexões que a referida Política produz nos sujeitos e no cotidiano do SUS, para entender os atuais limites e as possibilidades da saúde como direito de cidadania, uma das metas da Reforma Sanitária, a partir das narrativas dos apoiadores. Ao escutar e dialogar sobre as experimentações na PNH, uma questão nos norteou: como os muitos apoiadores desta Política compreendem o seu fazer no SUS? Utilizamos de pensadores da Filosofia da Diferença como Michel Foucault, Maurice Blanchot, Gilles Deleuze e Félix Guattari, e também da Saúde Coletiva, principalmente os alinhados com o HumanizaSUS, que nos auxiliaram na empreitada por enxergar os indícios tanto das capturas, quanto das formas de resistências. A perspectiva metodológica utilizada foi a cartografia e para a sua construção nos interessamos pelos encontros, histórias, situações corriqueiras de trabalho, assim como estranhamentos, questionamentos e embates que foram produzidos ao longo de nosso percurso no HumanizaSUS. Nessa cartografia partimos da premissa de que não há uma meta distante, esperando para ser descoberta e tampouco há uma suposta verdade a ser encontrada no final do percurso. Não há pesquisadoras que almejam a neutralidade, despidas de seus valores, olhando de fora e analisando um determinado objeto, mas

sujeitos de pesquisa que se relacionam, estão implicados e se transformam durante o trajeto (MERHY, 2005; PASSOS et al., 2009). Assim, para contarmos fragmentos da história do HumanizaSUS muitas narrativas foram entrelaçadas. Os documentos oficiais, anotações de reuniões e inúmeras rodas de conversa através da experiência como consultora do Ministério da Saúde de 2010 a 2013, foram somados aos 78 documentos/narrativas finais de um curso da PNH na região Centro-Oeste e ao diálogo com 5 outros consultores. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNESP/Assis, parecer n° 175.853. Organizamos a pesquisa da seguinte forma: construímos dois planos de análise que estão interligados e dialogam mutuamente. Fizemos um demorado passeio pela PNH, por momentos, acontecimentos e divergências que marcaram os muitos apoiadores. Problematicamos o HumanizaSUS como uma obra aberta e tarefa coletiva, que tem disputado espaço no Ministério da Saúde, no cotidiano dos serviços e na produção acadêmica. Os apoiadores trouxeram-nos ricos momentos em que fazem uma avaliação de seu trabalho no SUS e dos desafios encontrados nas experimentações da função apoio institucional, na ampliação da clínica e na democracia institucional. Somado às histórias do HumanizaSUS, construímos mais um plano de análise. Este percurso foi composto por um rápido passeio pelo SUS como campo de disputas em que a batalha pelo direito à saúde está longe de ser vencida, e pelos muitos “Brasis” e suas iniquidades. Problematicamos também o empobrecimento da vida e, por fim, demarcamos por quais concepções de saúde e de cidadania lutamos. A saúde, como bem de consumo e, de forma concomitante, como valor ético-político, configura-se como uma luta em andamento. Há uma situação paradoxal em que os

movimentos reformistas e o campo de conhecimento da Saúde Coletiva possuem acúmulos concretos para mudar o perverso cenário nacional, embora falte alinhamento político para isso. Nesse jogo, temos o direito à saúde garantido na Constituição de 1988 com mais de duas décadas de investimentos públicos na construção da universalidade, equidade e integralidade. E, ao mesmo tempo, os inúmeros avanços produzidos pelos movimentos reformistas em saúde pouco conseguiram desestabilizar uma poderosa máquina formada por um Estado de privilégios, alinhada com os interesses econômicos do aparato médico-hospitalar, da indústria farmacêutica e da saúde suplementar, que crescem em um ritmo jamais visto. (CAMPOS, 2007; SANTOS, 2010; PAIM et al., 2011). O SUS, em que pesam as inúmeras críticas, também produz experiências cotidianas que são frutos de sujeitos comuns dando concretude aos princípios constitucionais. No dia a dia, uma rede de resistência é tecida e sustenta a saúde como valor. Essa rede de inúmeros anônimos produz um “SUS que dá certo” bem perto de nós. É notório que nem tudo o que é produzido pelo/no SUS seja sinônimo de avanços democráticos e de autonomia dos sujeitos envolvidos. Entretanto, há nessa experiência os indícios do projeto que faz do direito à saúde um valor que nos é comum a ser construído e partilhado com qualquer um/uma. Nas narrativas dos apoiadores temos os avanços e os retrocessos do SUS, um movimento potente que ecoa das lutas reformistas em saúde, mas que trava batalhas com os modos hegemônicos de cuidar e gerir e com a nossa incipiente democracia. É necessário manter a compreensão que há diferentes regimes de visibilidade já que os imperativos neoliberais reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível. Além disso, os direitos civis continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade. Entretanto,

os trabalhadores do e pelo SUS, muitos que também se intitulam apoiadores da PNH, têm promovido acontecimentos (DELEUZE e GUATTARI, 1992), ou seja, experiências singulares e que rompem a linearidade dos fatos, e sinalizam que há outras histórias a serem contadas e novas saúdes a serem inventadas, mesmo em tempos paradoxais como os nossos. Um apoiador sintetizou a sua compreensão do HumanizaSUS com a seguinte narrativa: “somos uma rede de apoiadores em busca de um SUS melhor”. Consideramos assim que os muitos apoiadores do SUS tanto produzem, quanto se incluem nos movimentos coletivos por reinventar os modos de fazer clínica e gestão, dando-nos indicativos de novas suavidades. Embora o jogo neoliberal seja insidioso, há uma rede tecida e aquecida pelos apoiadores que fortalece a saúde como valor e como dimensão de cidadania de qualquer um/uma (TEIXEIRA, 2003).

INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS PARA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: UM ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA

Erika Rodrigues de Almeida, Ítalo Ricardo dos Santos Aleluia, Mariana Nossa Aragão, Luara Dourado Santos Cambuí, Rosana Aquino Guimarães Pereira, Ana Luiza Queiroz Vilasboas, Maria Guadalupe Medina

Palavras-chave: condições crônicas, redes de atenção à saúde, revisão da literatura

APRESENTAÇÃO: No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde pública de maior magnitude (BARROS et al., 2006; 2011; SCHMIDT et al., 2011; ISER et al., 2011; MALTA et al., 2010; MUNIZ et al., 2012; COSTA & THULER, 2012). Estas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo

período de tempo, podendo apresentar episódios de piora e momentos de melhora sensível (BARROS et al., 2006). Destacam-se entre elas: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Embora na última década tenha sido observada uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, estatísticas recentes apontam que esse grupo de doenças ainda representa cerca de 70% das mortes, atingindo principalmente a população de baixa escolaridade e baixa renda (MALTA & SILVA JR, 2013). Em resposta a este desafio, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a organização da vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência de doenças e agravos crônicos e seus fatores de risco; expansão da atenção primária à saúde; melhoria da assistência e políticas de combate ao consumo de tabaco, desde os anos 1990; iniciativas, que se mostraram como importantes avanços na saúde dos brasileiros, responsáveis por parte da redução observada na taxa de mortalidade por DCNT (BRASIL, 2010a). Há vários e importantes estudos que buscam caracterizar o perfil epidemiológico das DCNT no Brasil, assim como há alguns que analisam as políticas de saúde formuladas e implantadas para seu enfrentamento. O propósito deste trabalho é apresentar a sistematização do conhecimento acerca das políticas, dos programas ou dos projetos de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo: Trata-se de um estudo de revisão dos planos, políticas, programas e projetos voltados às DCNT existentes no Brasil, realizado por meio de consulta exploratória em diferentes sites

institucionais: (1) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, (2) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, (3) do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e (4) o Portal de Inovação da Gestão do SUS. O levantamento dos documentos técnico-institucionais nos sites supracitados incluiu todos os documentos encontrados, independente de limite temporal. Para seleção de documentos também foi utilizada a estratégia “bola de neve”, incluindo referências citadas nos documentos identificados consideradas relevantes na relação final de textos a serem revisados. Assim, a revisão abrangeu um total de 52 documentos, sendo 41 (79%) selecionados mediante consulta a sites institucionais e onze (21%) a partir da estratégia “bola de neve”. Quanto à origem, cinco (10%) documentos foram encontrados no site da SVS, 28 (53%) no sítio do DAB, quatro (8%) no site do INCA e quatro (8%) no Portal de Inovação da Gestão do SUS. Após análise independente de dois revisores, todos os documentos selecionados foram considerados pertinentes para a sistematização, contando esta revisão, portanto, com 52 documentos técnico-institucionais. Após a seleção final dos documentos, foi construída uma ficha de cadastro, a fim de melhor organizar/catalogar as informações relativas a cada um dos planos, políticas, programas e projetos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. Com base na análise dos documentos, percebeu-se a existência de iniciativas governamentais voltadas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis, formuladas ou implantadas no Brasil desde a década de 1980. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984) pode ser tomado como um marco inicial das proposições de enfrentamento das DCNT no Brasil. Dezenas

de proposições de políticas e programas voltados para as condições crônicas foram elaboradas desde 1984. No entanto, somente em 2011, foi formulada uma proposição abrangente, centrada especificamente nas condições crônicas, sinalizando, talvez, o momento em que as doenças crônicas tornam-se um item importante na agenda da política de saúde. Trata-se do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2011-2022 (BRASIL, 2012b). Este plano estabeleceu três eixos estratégicos de ação: (a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, (b) promoção da saúde e (c) cuidado integral de DCNT. As principais ações do eixo da promoção da saúde se relacionam aos fatores de proteção para as DCNT: atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo e do alcoolismo e envelhecimento ativo. Podem ser citadas: reformulação de espaços urbanos, campanhas de comunicação, aumento da oferta e redução dos preços de alimentos saudáveis, aumento de impostos sobre os produtos derivados do tabaco e o álcool, implantação de programas de formação de cuidadores de idosos (BRASIL, 2011c). As políticas, os planos e os programas voltados para o enfrentamento das DCNT no Brasil destinam-se a desenvolver ações integradas de controle, tanto da incidência e da prevalência das DCNT, quanto de seus principais fatores de risco ou proteção. As intervenções mais comuns têm como objetivos a promoção da melhoria nas condições alimentares, a cessação do tabagismo e do alcoolismo, o incentivo à prática de atividade física regular e o fortalecimento do processo de trabalho em saúde, com treinamento de pessoal e introdução de protocolos (BRASIL, 1998; 2003; 2006; 2009; 2010; 2011a; 2011b; 2012a; 2012c; 2012d; 2012e; 2012f; 2013a; 2013b; INCA, 2002). Ademais,

são preconizadas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde e ações de cunho terapêutico e reabilitador, a fim de promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as principais condições crônicas, a exemplo do diabetes, do câncer, das doenças cerebrovasculares, renais, respiratórias, dentre outras. As diferentes políticas e os diversos planos e programas propõem um amplo leque de ações, que vai da promoção à reabilitação, passando pela proteção e pela recuperação da saúde. As principais ações de promoção da saúde são: (a) intervenções sobre os determinantes e condicionantes da saúde através da articulação intersetorial, (b) criação de ambientes favoráveis à adoção de hábitos saudáveis, (c) ampliação do acesso e regulação da produção, comercialização e distribuição de alimentos e de produtos derivados do tabaco e álcool, (d) comunicação social, (e) reformulação de espaços urbanos e (f) incentivo do envelhecimento ativo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo delinea um panorama que mostra que importantes iniciativas governamentais têm sido tomadas, ao longo das últimas décadas, para o aprimoramento da atenção às condições crônicas, sobretudo no âmbito dos cuidados primários. É importante ressaltar que esse panorama se limita às proposições formais, que constam de documentos oficiais. A revisão que permitiu a descrição das políticas, dos planos e dos programas não captou pesquisas avaliativas ou avaliações normativas acerca da efetiva implantação das proposições ou de seus eventuais efeitos. Nesse sentido, fica evidente a necessidade de pesquisas empíricas que possam avaliar a implantação e a efetividade das diferentes proposições, de modo a identificar não apenas experiências exitosas, mas também dificuldades e oportunidades de readequação das proposições.

INOVAÇÃO NOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. UMA COOPERAÇÃO ENTRE OS PARCEIROS DO LABORATÓRIO ITALO-BRASILEIRO DE FORMAÇÃO, PESQUISAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

Brigida Lilia Marta, Ardigò Martino, Gabriel Calazans Baptista, Janainny Magalhães Fernandes, Francesco Sintoni, Túlio Batista Franco, Maria Augusta Nicoli, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: Avaliação, Atenção Básica em Saúde, Trabalho em Saúde

APRESENTAÇÃO: do que trata o trabalho e o objetivo: O Brasil é um país caracterizado por rápidas transformações econômicas, sociais e ambientais. Apesar da complexidade, grandes avanços foram obtidos no nível de saúde e na expectativa de vida da população, principalmente em virtude da implementação de um sistema sanitário nacional público e universal baseado na Comprehensive Primary Health Care, o Sistema Único de Saúde, e em seguida com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que favoreceu um processo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica em Saúde. Também na Itália nos últimos anos tem se investido em um processo de reestruturação organizacional e de gestão do Sistema Sanitario Nazionale, visando o fortalecimento da Atenção Básica através da implantação do modelo das Casas de Saúde, caracterizado por estruturas territoriais que tem por objetivo realizar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde e do bem-estar social, valorizando a integração entre os vários níveis dos serviços sociais e de saúde, além da participação em saúde. Tanto na Itália quanto no Brasil, para sustentar esses processos inovadores, atividades de pesquisa, avaliação e formação são necessárias e devem ser desenvolvidas

em todos os níveis do sistema de saúde, desde o internacional e nacional, até o nível local. Inúmeros autores apontam o desempenho dos serviços de saúde como sendo fortemente influenciado pela estrutura do sistema em um contexto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Todo o sistema funciona a partir do protagonismo dos trabalhadores, e a organização do seu processo de trabalho, tanto individual quanto coletivo. Neste sentido, é fundamental construir modelos avaliativos que possam envolver tanto a análise das dimensões políticas, sociais e econômicas, quanto à conformação do sistema, adotando um olhar que compreenda os processos macro (formulação das políticas dentro do contexto social), meso (operacionalização e gestão) e micro (práticas e lógicas locais e singulares). Ao aplicar esta abordagem no campo da Atenção Básica em Saúde, o desenvolvimento de ferramentas integradas de avaliação pode ser funcional para o desencadeamento de processos de inovação nas escolhas organizacionais, de gestão e funcionamento dos serviços, a partir do envolvimento ativo de profissionais e usuários, do fortalecimento do trabalho em rede e das atividades de educação permanente. Considerando os desafios do cenário atual, caracterizado por uma estreita interconexão entre processos globais e efeitos nos contextos locais, a cooperação internacional entre instituições de pesquisa multilocais pode oportunizar a troca de experiências e de expertise em relação a este assunto de pesquisa, agregando uma multiplicidade de ferramentas de análise e intervenção. A partir deste cenário e da necessidade em ambos os contextos brasileiro e italiano de introduzir elementos de inovação no campo da avaliação na Atenção Básica, esta pesquisa pretende ativar uma troca e uma comparação entre os sistemas de avaliação dos dois países, a fim de identificar pontos

críticos e positivos, promover uma reflexão sobre os respectivos territórios e valorizar ferramentas e recursos úteis na resolução de problemas semelhantes, incentivando a elaboração de abordagens inovadoras no campo da avaliação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo. Esta proposta pretende valorizar a experiência no campo da avaliação em saúde de vários grupos de pesquisa parte do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, os quais desenvolveram reflexões teóricas, estratégias e ferramentas sobre este tema, com base nos princípios da pesquisa-intervenção. O projeto prevê a participação dos diversos segmentos e atores envolvidos com a produção do cuidado na Atenção Básica - trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores na construção do conhecimento. Um elemento de inovação é o foco no desenvolvimento de metodologias de análise e ação multilocais e multi-situadas, que permitem a conexão entre atores interinstitucionais em nível local e promovem a estruturação de redes internacionais de troca de experiências e boas práticas entre diferentes territórios. Primeira etapa da pesquisa é a realização de uma análise de contexto, nos territórios envolvidos do Brasil e da Itália, através de instrumentos de investigação tais como entrevistas semi-estruturadas, aplicação de ferramentas analisadoras, observação participante e diário de campo. A partir das informações coletadas, uma segunda etapa da pesquisa visa desenvolver propostas de metodologias de avaliação dos serviços de Atenção Básica que possam sustentar e promover a qualidade do cuidado. Através da estruturação de um grupo de trabalho internacional para a coordenação e monitoramento de todas as etapas e a composição de duas equipes responsáveis pela realização do projeto, uma no Brasil e outra na Itália, o trabalho

está sendo desenvolvido de forma contínua e conjunta nos dois contextos, por meio de encontros presenciais e de reuniões periódicas virtuais. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. A análise de documentos técnicos, diretrizes ministeriais brasileiras e italianas e literatura nacional e internacional de referência permitiram identificar programas, metodologias e ferramentas de avaliação em Atenção Básica em Saúde, com particular atenção no impacto nos processos de cuidado, gestão, participação e formação em saúde. Através da integração das informações coletadas foi construída uma matriz de análise sobre as dimensões da avaliação em Atenção Básica, que permitiu a identificação de questões-problemas a serem investigadas na fase de trabalho de campo nos dois contextos. Estamos atualmente na fase de imersão nos cenários de práticas dos dois territórios, italiano e brasileiro, aplicando as ferramentas de investigação qualitativas supramencionadas: a observação participante e, diário de campo; entrevistas semi-estruturadas com dirigentes, gestores, profissionais dos serviços de Atenção Básica, usuários e cidadãos; oficinas com gestores e profissionais dos serviços de Atenção Básica utilizando as ferramentas analisadoras. Cada fase do processo está sendo cuidadosamente negociada com todos os atores envolvidos, garantindo a interação e a participação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta primeira fase de pesquisa, assim como apontado por inúmeros autores, revela que a avaliação, para se tornar efetiva, deve ser concebida como um processo sociopolítico de negociação e colaboração capaz de envolver uma multiplicidade de atores tais como gestores, profissionais, cidadãos e usuários. As tecnologias de monitoramento e avaliação devem ter a capacidade de analisar diferentes e complexas dimensões:

não só resultados, mas também processos de trabalho, contextos de atuação e fases de mediação entre os atores sociais envolvidos. A participação dos sujeitos nos processos avaliativos permite a valorização dos saberes produzidos pela prática. A busca coletiva de soluções para os problemas identificados torna as tomadas de decisões mais democráticas e localizadas no contexto. Neste sentido, é importante preservar, ao redor dos serviços, “espaços públicos de proximidade”, lugares sociais de encontro, de construção de redes e de mobilização. Dentro desses espaços as informações/avaliações podem ser reconhecidas pelos próprios atores envolvidos como fonte de conhecimento significativo a respeito do contexto e da própria rede de conexões, sendo também, portanto, espaços de educação permanente. Através desse conhecimento situado é possível gerar, localmente, formas de autorreflexividade coletiva com o intuito de aprimorar o cuidado, bem como suportar os processos sociais de construção democrática da saúde como direito humano fundamental. Neste sentido, a avaliação pode ser concebida como um dispositivo de intervenção, de empoderamento coletivo e de enfrentamento dos principais determinantes de saúde. A cooperação internacional revela-se uma importante estratégia para a troca de conhecimento e de boas práticas, viabilizando o deslocamento do próprio olhar naturalizado sobre as dinâmicas locais e o desenvolvimento de capacidades críticas, além de permitir novas possibilidades de intervenção.

INSERÇÃO DO SANITARISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO INTERPROFISSIONAL EM VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo, Daniele Félix de Melo, Maria Gabrielly da Luz, Ana Paula Lopes de Melo, Jorgiana de Oliveira Manguiera

Palavras-chave: Diagnóstico de saúde, Área descoberta, Equipe multiprofissional

INTRODUÇÃO: A reformulação das políticas públicas de saúde no Brasil desde a década de 1980 colocam a atenção integral como conceito central e trazem a necessidade de pensar os serviços de saúde como espaços privilegiados para o desenvolvimento de ações integradas entre profissionais de diversas áreas, voltadas especialmente para a educação, atenção e cuidado em saúde. O trabalho em equipe interprofissional tem se apresentado como um desafio às reformas curriculares dos cursos de saúde e a prática sinaliza a necessidade adotar perspectivas que transcendam os fazeres individualizados de cada profissão. Tendo em vista tal contexto, a graduação em saúde coletiva da UFPE vem buscando a integração com outras formações em saúde através de atividades curriculares e extracurriculares que permitam o exercício da prática profissional e reflexões no campo teórico, sendo a atenção básica à saúde um local estratégico para a identificação de situações de desigualdades e adoecimento, onde a atuação do sanitário juntamente com outros profissionais de saúde pode viabilizar mudanças que envolvam uma maior participação da comunidade e uma necessária articulação com os demais espaços de gestão em saúde. **OBJETIVO:** O presente trabalho apresenta a experiência do Projeto de Extensão Interprofissional desenvolvido no curso de Saúde Coletiva da UFPE no período de abril a outubro de 2015 que teve como objetivo inicial proporcionar a aproximação do estudante de saúde coletiva às ações da atenção básica em saúde do município a partir do desenvolvimento

de atividades integradas com estagiários dos cursos de enfermagem e nutrição. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto foi formulado e desenvolvido em parceria com as coordenações de estágio dos cursos de enfermagem e nutrição da UFPE - Centro Acadêmico de Vitória, buscado assim a programação de atividades conjuntas e a integração interprofissional entre diferentes áreas da saúde. As atividades integradas ocorreram nos primeiros meses do projeto e foram desenvolvidas através de visita domiciliar e discussão de casos e situações de saúde pertinentes a cada território, buscando a contribuição de cada um dos campos de saber nas percepções e intervenções propostas para os casos selecionados. Em cada uma das três unidades de saúde foram selecionadas microáreas para o desenvolvimento de ações específicas pelos estudantes de saúde coletiva vinculados ao projeto, sendo estas focadas no reconhecimento da realidade local, realização e/ou atualização de diagnóstico e monitoramento de indicadores de saúde. O diálogo com as equipes proporcionou a seleção de atividades diferentes a serem desenvolvidas em cada unidade: (1) programação e desenvolvimento de atividade educativa; (2) cadastramento e levantamento de informações do e-SUS; e (3) atualização do cadastro de microárea descoberta. Essa última ganhou corpo no projeto, envolvendo nove extensionistas e quatro Agentes Comunitários de Saúde que realizaram uma capacitação para os estudantes instruindo-os sobre o preenchimento correto da ficha A, do envelope da família e livro de cadastro, além das estratégias de abordagem dos usuários para o melhor levantamento dos dados a serem atualizados. O grupo foi dividido em três equipes, cada uma delas acompanhada por uma ACS que acompanhou as visitas realizadas nas três

ruas da microárea. **RESULTADOS:** Essa primeira experiência do Projeto de Extensão Interprofissional viabilizou uma maior aproximação dos estudantes de Saúde Coletiva com as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e a vivência do trabalho coletivo interprofissional propiciando um melhor conhecimento do território para o planejamento de estratégias que possam minimizar os impactos diagnosticados durante o período de desenvolvimento do projeto. A intervenção para atualização do cadastro da microárea em uma das unidades de saúde identificou o total de 134 famílias, sendo 411 usuários em sua maioria (55%) do sexo feminino. A comunidade é atendida por um serviço de rede pública de abastecimento de água inadequada, o qual corresponde a 57,36% do serviço de água sem tratamento. Os serviços de esgotamento sanitário e coleta de lixo são precários e verificando-se a presença de esgoto a céu aberto e grande acúmulo de lixo na região. Dentre as doenças ou condições de saúde referidas, houve um destaque para a hipertensão arterial que foi citada como existente em 57% dos usuários que referiram algum tipo de problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização desta intervenção possibilitou um melhor conhecimento do território e para a identificação das condições de vida e saúde desta comunidade. O projeto reforçou a importância do diagnóstico situacional como ferramenta de gestão que possibilita o conhecimento da situação de saúde e os problemas de ordem social, econômica e epidemiológica orientando assim as ações dos profissionais da saúde e explicitando as áreas com maior demanda de articulação intersetorial, tais como educação, saneamento e habitação. A extensão interprofissional abarca sua importância no desenvolvimento de novas práticas, na atuação da equipe multiprofissional

no campo da promoção da saúde e a inserção do profissional sanitário na atenção primária, instigando-o ao trabalho em equipe e a construção compartilhada do conhecimento. A vivência no projeto possibilitou um melhor conhecimento da realidade do território, bem como contribuiu para a identificação das condições de vida e saúde, tendo como foco a comunidade. A mesma é de fundamental importância para o levantamento de problemas, que, por sua vez, fundamenta o planejamento estratégico situacional permitindo desenvolver ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados. Em virtude do que foi relatado, observa-se que a Universidade tem exercido um importante papel nesse contexto, haja vista que esta instituição é responsável pela formação profissional que auxilia aos estudantes de Saúde Coletiva a identificar necessidades do SUS e contemplar as peculiaridades locais e regionais dos serviços e da comunidade. O desafio de delinear perspectivas inovadoras rompe com a cultura de realização do trabalho individualizado e investe no trabalho em equipe focado na problematização da realidade. Essa prática estende-se às ações de assistência e educação em saúde e, para tal, a interdisciplinaridade se mostra fundamental e de grande importância. A graduação em saúde coletiva tem buscado a abertura de campos de atuação profissional, sendo a atenção básica à saúde um local estratégico para a identificação de situações de desigualdades e adoecimento, onde a atuação do sanitário juntamente com outros profissionais de saúde pode viabilizar mudanças que envolvam uma maior participação da comunidade e uma necessária articulação com os espaços de gestão em saúde.

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Flávia Jôse Oliveira Alves, Eleonora Peixinho Guimarães, Thiago Luis Cardoso Nascimento

Palavras-chave: Avaliação da família, Estratégia Saúde da Família, instrumentos de avaliação

APRESENTAÇÃO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o componente estruturante do sistema de saúde no intuito de reorganizar o modelo de atenção no SUS e potencializar a busca pela integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, propondo como perspectiva a abordagem familiar. Abordar a questão da família no âmbito da ESF é compreender a família, suas configurações, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, em meio à diversidade e transição demográfica e epidemiológica. Dessa forma, a avaliação e a intervenção familiar são importantes processos para o planejamento do cuidado à família, sendo necessárias ferramentas que auxiliem os profissionais de cuidados primários a criarem um vínculo com o paciente e sua família, que desdobrado em responsabilização no tempo, facilite sua aceitação no núcleo familiar para investigar e intervir. Neste sentido, este estudo teve o objetivo de identificar os instrumentos que têm sido utilizados na abordagem à família na ESF, além de discutir os principais componentes que têm sido considerados para esta avaliação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO / MÉTODO DO ESTUDO:** Trata-se de revisão de literatura integrativa, que sumariza pesquisas passadas, elencando conclusões globais de um corpo de literatura em particular. Levando-se em consideração o período de implantação do Programa

Saúde da Família, este estudo constituiu-se em uma pesquisa realizada nas bases de dados da literatura científica, SciELO, LILACS, PubMed e MEDLINE, a partir do ano de 1994. Primariamente, foi realizado o levantamento bibliográfico, sendo testadas várias combinações de palavras com o objetivo de verificar a mais adequada para este estudo. Após várias combinações, foram encontradas as seguintes palavras que atendiam aos objetivos do estudo: escalas de avaliação familiar, instrumentos para avaliação familiar, abordagem na família e avaliação familiar. Foi realizada a leitura dos resumos, sendo elencados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos: artigos que descrevessem a utilização ou evidências teóricas de escalas, entrevistas e questionários para avaliação familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Foram considerados apenas artigos indexados, sendo excluídos artigos repetidos, não realizados no Brasil, fora do período de interesse ou que não tinham relação com a ESF. Os trabalhos selecionados por meio desse crivo foram recuperados na íntegra e analisados em profundidade. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: Foram encontrados 259 artigos, sendo selecionados 25 que atendiam aos critérios estabelecidos. Destes a maioria foi desenvolvida por profissionais de enfermagem (55,5%), seguidos de medicina (14,8%), corroborando com dados da literatura em que retratam um maior número de trabalhos envolvendo a categoria de enfermagem. Apenas dois artigos (7,7%) foram construídos em conjunto por categorias multiprofissionais, indo de encontro à natureza multidisciplinar da ESF. Quanto ao tipo de delineamento dos estudos avaliados, a maioria dos artigos (44,4%) refere-se a estudos transversais. No que tange ao recorte temporal de publicação, pode-se visualizar, que na amostra encontrada, os estudos decorrem

de 1999, 05 anos após a implantação do Programa Saúde da Família. Após este período, o intervalo entre as publicações, geralmente, não excedeu a 01 ano, constatando um interesse nas pesquisas sobre a área. Em relação aos instrumentos citados para a Prática na ESF, o Genograma foi o mais utilizado (55,5%), seguido do Ecomapa (29,6%) e do Ciclo de Vida (25,9%), evidenciando que, nos artigos estudados, a avaliação priorizou aspectos da estrutura e desenvolvimento familiar. Em menor escala, também foram citados como instrumentos utilizados na prática da ESF, o Apgar Familiar (14,8%), o P.R.A.C.T.I.C.E (7,4%), a Rede Social (7,4%), o Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (7,4%), o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) (7,4%), a Escala de Coelho (7,4%), o Beavers-Timberlawn (BT) (3,7%), o Fundamental Interpersonal Relations Orientation (FIRO) (3,7%) e Global Assessment of Relational Functioning (GARF) (3,7%). No geral, os aspectos mais investigados do núcleo familiar estavam relacionados à estrutura familiar, ao funcionamento e ao risco/vulnerabilidade familiar. A maioria dos estudos (56%) tomou como unidade de análise, a família como um todo, representando-a como sujeito da abordagem, o que se constitui como um avanço para o desenvolvimento do processo de trabalho da ESF, uma vez que a família precisa ser entendida em meio à sua totalidade, complexidade e vivências. No entanto, 44% dos estudos abordaram a família a partir do indivíduo com alguma condição (doenças crônicas, transtorno mental), ou de determinado ciclo de vida (criança, idosos, gestante), sendo em maior quantidade as pesquisas com idosos. Neste contexto, abordagem coloca o indivíduo como sujeito e a família aparece como rede de apoio social, ou como cuidadora, tendo a necessidade de ser trabalhada para que consiga exercer esta função. Nota-se

assim que como colocado na literatura, que não há um consenso acerca da forma de conceituar a família e de estudá-la, e que muitas vezes o processo de cuidado é focado em um usuário que tem alguma patologia ou em outras circunstâncias específicas do processo de saúde/doença, em detrimento da compreensão da família como um todo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização de instrumentos de avaliação vem sendo mencionada nos estudos para a construção do cuidado no contexto da ESF de forma que a partir da avaliação integral da família, seja possível propor intervenções reais junto à família, ajudando-as a vislumbrar suas próprias soluções para lidar com as dificuldades do cotidiano. No entanto, evidencia-se a necessidade pelos profissionais de uma definição clara acerca do constructo que será avaliado, uma vez que ainda não existe uma padronização dos termos que envolvem estudos com famílias. Conciliar mais de um tipo de instrumento de avaliação foi uma alternativa mostrada nos estudos para facilitar a abordagem à família, de forma que instrumentos orientam e sistematizam a prática, mas o profissional precisa estar atento às teorias que lhe são subjacentes, bem como à percepção dos membros das famílias acerca da sua vivência. A ESF, ao apresentar uma proposta de superação do modelo assistencial em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, constituiu-se como possibilidade de efetivar as diretrizes da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, apenas a determinação política que a equipe de saúde da família deve abordar a família como unidade de cuidado é insuficiente para que de fato isto aconteça, sendo imprescindível que o profissional busque respaldo na literatura científica e adote instrumentos pertinentes, de forma a contribuir para o desenvolvimento de suas habilidades para realizar essa abordagem.

INVISIBILIDADE DO SER CRIANÇA-ADOLESCENTE E FAMÍLIA EM ENFRENTAMENTO COM O DIABETES TIPO I

Luza Wilma Santana da Silva, Camilla de Souza Menezes, Tássia Dahyanna Almeida Rebouças, Helder Brito Duarte, Vilma Maria Gonçalves de Oliveira, Grasielle Alves Souza

Palavras-chave: Criança, Adolescente, Família, Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde

INTRODUÇÃO. Quando pensamos em criança-adolescente imaginamos que elas possam crescer e se desenvolver em padrões de normalidade. Todavia, como todo organismo vivo, elas estão expostas a alterações psicofísico-biológico-ambientais e outras, que podem interferir neste processo e ao ser saudável. Sublinhamos neste particular o evento da doença crônica diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Uma doença que requer cuidados em longo prazo e impacta significativamente o cotidiano do viver humano, pela rigorosa terapêutica, realização de exames de baixa a alta complexidade e o iminente risco de hospitalizações. Elencar o DM1 não é ao acaso, uma vez que ela se exhibe no leque das Doenças Crônicas não Transmissíveis, como uma epidemia mundial – um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, mas, e, sobretudo, para as crianças, adolescentes e seus familiares cuidadores. Estima-se que no Brasil haja 7,7/100.000 novos casos de DM1 por ano em menores de 14 anos. O fato é que estamos perante a uma doença hostil, cuja predisposição genética é o principal fator desencadeante, caracterizada por complicações que envolvem alterações físicas e psicoemocionais. Uma doença que afeta diretamente a criança-adolescente enredando em sua teia o sistema familiar de pertencimento, em um processo de

alta exigência e complexidade ao controle metabólico. Desta complexificação, objetivou-se conhecer as necessidades específicas de cuidados ao ser criança/adolescente com DM1, no município de Jequié, BA. **MÉTODO:** O estudo empregou o método misto, aliado a abordagem pesquisa convergente assistencial, de modo a conjugar a interpretação e a compreensão das perspectivas, e também as experiências dos participantes ao desencadeamento de possíveis mudanças a partir do processo de construção conjunta. Desenvolvido a partir da perspectiva crítico - interpretativo com sete crianças - adolescentes e seus familiares - cuidadores, na cidade de Jequié/BA, no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM), vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no período de março a maio de 2015, em um total de 07 encontros, com duração média de 150 minutos cada. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, da UESB. Realizado respeitando as leis que resguardam os direitos das crianças - adolescentes. Foram realizadas atividades de promoção à saúde, na modalidade roda de discussão na aproximação de saberes da criança-adolescente e família ao autocuidado do DM1 ao encontro da abordagem convergente assistencial. Buscou reconhecer os significados da intersubjetividade, dos valores e das relações interpessoais na construção de conhecimentos sobre o DM1 e transformação de práticas cotidianas na conjugação das experiências dos participantes e dos pesquisadores em um processo conjunto de cuidados à saúde. Os dados oriundos de este caminhar passou por um processo de escuta sensível e observação de imagem sistematizado, deste uma intensa reflexão sobre as respostas à análise compreensiva. Tratou-se de

empreender uma leitura em profundidade e transversal de todo o material copilado do campo de investigação. A análise consistiu em três etapas interativas: redução de dados, apresentação e verificação da conclusão. **RESULTADOS:** Apontam para a existência de uma visão ainda míope da sobre a problemática DM1 no município, uma lacuna da atenção básica ao grupo etário criança-adolescente com DM1, chamando atenção à busca dos direitos constitucionais de saúde como dever de todos e do Estado à equidade da assistência. Invisibilidade foi a palavra propalada por unanimidade dos participantes, familiares responsáveis, e desta, o desejo de que luzes fossem lançadas para a problemática DM de modo a que passagem a ser enxergados com direito de promoção e proteção específicas à saúde e a dignidade da vida de forma proximal e resolutiva. As discussões mediaram-se pelos relatos de vivências e experiências de lutas para garantir os cuidados à saúde dos seus filhos e filhas, a consultas médicas especializadas, insumos e medicamentos, como enunciado: “Eu consegui essa bomba de insulina na justiça, só que há 06 meses que eu não recebo mais as fitas pra esse aparelho”; “Semana passada foi a primeira vez que eu recebi as tiras de teste de glicemia e já iam vencer com três dias, uma quantidade grande. Então, como é que fica?”; “Eu já passei por várias situações constrangedoras, principalmente em relação ao município, a assistência dos profissionais, porque para eles nós realmente não existimos. É muito constrangedor!” e “Lá no meu posto de saúde, só quem libera as fitas é a coordenadora, se a coordenadora não tiver, aí eu tenho que ficar indo até a hora que ela estiver. Se faltar a gente tem que correr e comprar, porque não pode esperar”; “[...] entrou na justiça, aí ela passou a receber a insulina, mas de novembro até agora não recebeu mais nenhuma vez.”

Dos desdobramentos foi perseguido a criação de uma associação no município para o DM1 pelos familiares responsáveis. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Atenção Primária em Saúde ao ser criança - adolescente com DM1 ainda é um contexto distante da realidade dos cuidados às necessidades específicas deste grupo etário no contexto desta pesquisa. Um fator associado encontra-se na pouca ou insipiente identificação de registros de pessoas com DM1 no município, demonstrando haver um deslocamento destas para outras regiões ou contextos, ou ainda serviços que não a atenção básica do município. Tratou-se de um dado confirmado pelos participantes na fase de pesquisa convergente assistencial desenvolvida. Não obstante, a necessidade de deslocamento das famílias para a capital do Estado, Salvador/BA, em busca por consulta médica especializada, insumos e orientações aos cuidados de saúde, evidencia falha no serviço de saúde local e a necessidade de planejamento e gestão em saúde para o olhar mais atencioso à problemática DM1 de modo às famílias terem maior visibilidade sobre seus enfrentamentos do viver cotidiano de seus filhos e filhas com o diabetes. Este estudo evidenciou haver uma lacuna fundamental de ser vista como política pública a este segmento e ainda a necessidade de assistência às crianças - adolescentes de forma diferenciada as suas especificidades do ser criança e adolescente em crescimento e desenvolvimento e não apenas nos aspectos técnicos do cuidado. Como proposta, salienta-se a necessidade de se transitar sobre os saberes da resiliência e do empoderamento às crianças-adolescentes e família de modo às mudanças do cotidiano, ao saber agir com flexibilidade diante das limitações ainda evidenciadas no município ao controle e tratamento que a doença DM1 impõe, mas, sobretudo, impelindo-os a perseguirem seus direitos para o viver uma vida plena e feliz como enuncia o SUS.

LEI Nº. 12732/12 E O CUIDADO DO PACIENTE COM CÂNCER BUCAL NA REDE MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

Elisete Casotti, Evelyn Lima de Castro, Manuella Pires do Santos

Palavras-chave: câncer bucal, coordenação do cuidado, cuidado

APRESENTAÇÃO: São consideradas câncer de boca as neoplasias que afetam lábios e o interior da cavidade oral (gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho bucal). A incidência de câncer de boca é um problema de saúde pública no mundo, com taxa anual estimada em aproximadamente 275 mil casos, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento. No Brasil, a estimativa para o ano de 2014 era de 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres. Ainda que avanços no diagnóstico e tratamento de várias formas de tumores malignos tenham resultado no aumento de sobrevida aos pacientes, os indicadores epidemiológicos do câncer da boca não têm apresentado melhora. A natureza silenciosa das lesões e o atraso no diagnóstico são fatores relacionados com a identificação tardia e, conseqüentemente, com o estadiamento avançado das lesões. O atraso do diagnóstico pode estar associado ao tempo que o paciente leva para perceber o seu adoecimento e procurar auxílio profissional; às dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal; e à falta de informações associada a maior vulnerabilidade social do grupo. O objetivo do trabalho foi analisar a atenção ao paciente portador de câncer bucal, considerando a aplicação da Lei nº. 12732/12, na rede pública de saúde bucal da cidade do Rio de Janeiro. Envolveu entrevistas com profissionais e gestores implicados com o cuidado oncológico ou que indiretamente são responsáveis pelas garantias dos direitos e deveres propostos

pela lei. METODOLOGIA. Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, com coleta de dados documentais e por meio de entrevista semiestruturada, com foco nos múltiplos olhares dos atores que interagem na produção de cuidado em saúde. Foram entrevistados: gestor da Política Municipal de Saúde Bucal da Cidade do Rio de Janeiro, cinco chefes e cinco especialistas em estomatologia de unidades de referência para apoio diagnóstico, cinco cirurgiões-dentistas da atenção primária em saúde e a chefia, além de um cirurgião de cabeça e pescoço de uma unidade de tratamento. RESULTADOS E DISCUSSÃO. A rede municipal de saúde do Rio de Janeiro conta com 314 equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família, alocadas em 212 unidades de atenção básica, e 17 Centros de Especialidades Odontológicas (SAGE, 2015). Serviços de alta complexidade para tratamento do câncer, com oferta de vagas para a especialidade Cabeça e Pescoço, são cinco: INCA I; Hospital dos Servidores do Estado; Hospital Geral de Bonsucesso; Hospital da Lagoa e Hospital Mário Kroeff. Há protocolo clínico próprio para a atenção e organização do fluxo dos pacientes entre a atenção primária e a média complexidade (CEO); para o encaminhamento para tratamento, não foi identificado documento escrito, mas as regras são conhecidas. Há profissional especialista em estomatologia, responsável pelo diagnóstico oral, em pelo menos um CEO por Área de Planejamento (AP) (divisão regionalizada da rede de saúde). A ocupação dessas vagas seguem dois fluxos: usuário encaminhado diretamente ao CEO, com guia de referência e contrarreferência e vagas solicitadas via Sistema de Regulação (SISREG). No último caso, cada unidade básica tem acesso ao Sistema e uma senha de solicitante: a avaliação da solicitação, a busca da vaga e a comunicação do agendamento ao solicitante é feita por um regulador regional (um por

AP). O profissional comunica ao usuário dia, hora e local da consulta – via telefone ou visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde. Em ambos os casos o protocolo define que é responsabilidade do profissional o monitoramento do itinerário do usuário na rede de cuidado, incluindo sua busca ativa. Em caso de confirmação da malignidade da lesão, a solicitação de vaga para o tratamento é feita exclusivamente via SISREG. Há diferenças regionais no fluxo entre a média e a alta complexidade, quais sejam: alguns CEO encaminham o usuário com o resultado do histopatológico para o profissional da atenção primária e este solicita vaga para o tratamento. Em outros casos, o CEO regula o pedido de vaga, agenda e comunica ao usuário diretamente. Entretanto, em ambos os casos, cumprida a função de conseguir a vaga, nem os profissionais da média complexidade, nem da atenção primária (salvo exceções), assumem a coordenação do cuidado do usuário, fazendo seu acompanhamento ou mesmo mantendo um registro adequado para fins de vigilância e monitoramento dos casos. O tempo de espera para uma consulta com o estomatologista no CEO é de, no máximo, uma semana e a obtenção do diagnóstico histopatológico se dá em tempo oportuno (entre 10 e 30 dias). Há comunicação direta entre os profissionais das equipes de saúde bucal e a chefia do CEO, e entre essas chefias. Entretanto, o tempo de espera por uma vaga para tratamento ainda é muito demorado e não é mantida a vinculação do usuário com seu serviço de origem – descaracterizando a ideia de uma rede de atenção e da responsabilidade de seguir. A coordenação municipal de saúde bucal informou que realiza reuniões mensais com as chefias dos CEO e tem trabalhado junto ao SISREG para melhorar a oferta de vagas para cabeça e pescoço – uma vez que é uma fila que não inclui exclusivamente casos de câncer de boca.

No último ano, o número de vagas dobrou e há um trabalho de monitoramento e qualificação das solicitações feita pelo setor que coordena a regulação na Secretaria. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** Os protocolos oficiais são parcialmente conhecidos, mas há regras comuns que regem o relacionamento entre um nível e o outro de atenção e há esforço, recente e crescente, da gestão setorial (central e regional) de organizar a atenção ao paciente com câncer bucal. Há redes fortes informais (whatsapp, telefone) que ligam chefes dos CEO numa perspectiva de apoio, trocas e discussão. Ainda que a coordenação central reúna os chefes uma vez ao mês para discutir a gestão da rede e os serviços, poucas APs têm reproduzido esse nível de trocas entre as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. Os chefes e os especialistas (estomatologistas) dos CEO sugerem certa desconfiança em relação à capacidade dos dentistas das ESF para assumirem a coordenação do cuidado do paciente. Ainda que o fluxo de pacientes entre a atenção primária (caso suspeito) e média complexidade (diagnóstico) seja rápido e efetivo, o mesmo não acontece com a alta complexidade (tratamento). Os profissionais da unidade de tratamento (profissional da assistência e chefia) entrevistada posicionam-se como se estivessem fora da rede de cuidado: alegam desconhecer as estruturas e atribuições de outros níveis assistenciais (APS e MC) e mesmo dos fluxos operados. Diferente da APS e MC, que estabelecem canais de comunicação, não existe comunicação com a alta complexidade (AC), indicando que a despeito do esforço da gestão municipal para que os serviços funcionem em rede, ela ainda não foi capaz de incluir a atenção terciária. É fraca/inexistente a coordenação do cuidado do usuário atendido na rede assistencial e pode estar associada com o modelo de gestão que não é usuário centrado, mas protocolo centrado. Os

entrevistados não reconhecem que a Lei nº 12732/12 tenha produzido algum tipo de mudança no funcionamento dos serviços. Concluiu-se que questões referentes tanto à macro quanto à micropolítica ainda precisam ser tratadas para garantir o cuidado ao paciente portador de câncer bucal na rede SUS da cidade do Rio de Janeiro.

LUGARES E OLHARES: O APRENDIZADO DO ESTAGIÁRIO A PARTIR DA ESCUTA DO USUÁRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Camila Cristina Lescano Ortiz, Fernando Augusto Gomes Sobreira, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Escuta Qualificada, Psicologia, Acolhimento

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do projeto extensão acompanhamento e apoio técnico ao programa PMAQ AB-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio de Processo de Gestão em Saúde I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera. A realização do projeto se constituiu em visitas semanais na unidade da ESF (Estratégia de Saúde da Família) da cidade de Dourados, do estado do Mato Grosso do Sul, onde foram entrevistados diversos usuários, tendo como foco a compreensão da qualidade do serviço ofertado pela unidade. Ouvir o usuário se apresenta como uma forma de conhecer a unidade, porque são eles que sabem o que precisa ser melhorado, tornando-se importante o acolhimento do usuário para que eles sejam incluídos no meio em que estão inseridos, de forma a adquirirem a autonomia tornando-se protagonistas do processo de mudança. A busca pelo relato desses sujeitos se constituiu pela

compreensão de que o usuário deve ser participante dos modos de pensar e realizar as ações no âmbito da saúde. Além de proporcionar uma compreensão mais ampla das relações estabilidades entre gestor/trabalhador/usuário. O objetivo principal era de proporcionar uma escuta qualificada ao usuário para possibilitar realizar melhorias tanto no âmbito relacional quanto organizacional da unidade básica de saúde. Como metodologia utilizamos a pesquisa se constitui em uma abordagem qualitativa sendo executada através de levantamento de percepções por meio de entrevistas semiestruturada, utilizando como parâmetro o Documento Síntese para Avaliação Externa PMAQ do Ministério da Saúde. **METODOLOGIA:** O projeto de extensão PMAQ, nos apresentaria uma realidade diferenciada dos demais estágios dos quais participamos, pois além de sermos atuantes poderíamos ter uma visão de gestores da Unidade Básica de Saúde (UBS) participante, pois através desta avaliação são analisados diversos pontos importantes relacionados à infraestrutura, equipamentos, atendimentos etc., com o resultado da avaliação poderíamos trabalhar em cima dos principais pontos negativos existentes. Infelizmente isso não foi possível de acontecer por inúmeros motivos, dentre os principais a falta de informação dos resultados do programa, porém com este novo desafio buscamos meios para suprir a falta de informação, fazendo a observação institucional, conversando diretamente com o usuário. Os sujeitos que fizeram parte da pesquisa tiveram a oportunidade de destacarem os pontos positivos e negativos do local, além de poderem dar sugestões para possíveis mudanças, pois através deste acolhimento, podemos enxergar as necessidades sofridas por esses usuários. O ponto mais surpreendente foi notar que mesmo com o passar dos anos a saúde ainda é vista apenas como a ausência de doença,

onde se percebe uma conduta baseada em um modelo biomédico em que a prioridade é o corpo físico e a doença, deixando de lado as questões subjetivas e sociocultural do indivíduo. Dessa maneira, o sujeito que deveria ser protagonista nessa relação médico/paciente acaba ficando com o papel de coadjuvante. **RESULTADOS:** É importante destacar que esse protagonismo é uma conquista social, que esta nas leis vigentes direcionadas a saúde, como as relacionadas ao SUS e a própria Constituição. Essa conduta de participação ativa do usuário/paciente se molda no fato de que esse sujeito tem de ser compreendido em um nível biopsicossocial, pois o meio em que este está inserido influencia diretamente no seu modo de compreender o que é saúde. Os usuários sofrem com a falta de informação, com a infraestrutura do local por não oferecer conforto o suficiente para todos, sofre com a confusão de horários e com a falha de comunicação, o que gera em alguns sentimentos negativos, direcionando toda a sua indignação e desaprovação para as recepcionistas. Neste contexto apresenta-se a importância do acolhimento e da escuta qualificada ao usuário, o cuidar não envolve apenas o tratamento da doença, mas sim, atitudes que possam influenciar o bem estar, apoiar e assistir ao usuário para que ele possa sentir-se seguro, o acolhimento é uma forma de conduzir o cuidado em saúde, fazer a escuta qualificada do problema de saúde do usuário, colocando-se no lugar do outro, ouvindo-o com atenção, dignidade e afeto de compreensão para que assim possa ocorrer o vínculo usuário/equipe/recepção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diferentes pontos foram elencados pelos usuários, de forma que nos deparamos com opiniões divergentes em um mesmo objeto de discussão, como por exemplo, questões que se relacionavam com a recepção, onde alguns relatavam que não eram bem atendidos e que havia dificuldade

em conseguir informações devido à falta de paciência das recepcionistas. Em contrapartida diferentes usuários diziam que não tinham o que reclamar, pois eram bem atendidos. Ouvir o usuário se apresenta como uma forma de conhecer a unidade, pois são eles que sabem o que precisa ser melhorado, por isso torna-se importante o acolhimento do usuário para que eles sejam incluídos no meio em que estão inseridos, de forma a adquirirem a autonomia tornando-se protagonistas do processo de mudança. A relação gestor/usuário e a equipe/usuários, ainda é marcada como uma postura burocrática e verticalizada onde o enfoque continua sendo a doença, deixando-se de lado o que se diz respeito à humanização do atendimento. A escuta qualificada inclui o vínculo e o acolhimento do usuário, ou seja, uma maneira de fazer com que os profissionais considerem os aspectos físicos, subjetivos e sociais do sujeito o que não presenciamos no local. É necessária uma quebra deste modelo assistencialista biomédico, substituindo-o para uma escuta ativa do profissional reconhecendo no usuário a sua forma de ser, possibilitando a criação de um espaço onde possa ocorrer a troca de informação e experiências, pois o acolhimento é a ferramenta necessária para promover a mudança no processo de trabalho na saúde.

MÃES PSICÓLOGAS: CONHECIMENTO PSICOLÓGICO E PRÁTICAS EDUCATIVAS

Maria Evanir Vicente Ferreira, Louise da Silveira Pedrotti Machado, Miriam Vaucher, Loren Janaína da Cruz Araújo, Luciane Najar Smeha

Palavras-chave: Mães, Práticas Educativas, Psicologia

INTRODUÇÃO: Com o surgimento da industrialização, a mulher, além de assumir

o papel do lar, passa a se inserir também no mercado de trabalho. Assim, no decorrer do século XX, ela ampliou o seu acesso à educação e à formação profissional e gradativamente começa a exercer vários papéis profissionais, mas continua com a responsabilidade de criar e educar seus filhos. Além disso, as mudanças sociais e tecnológicas têm imposto as famílias um processo educacional que forme adultos aptos a responderem às exigências do mundo atual. Mas, ao mesmo tempo, o maior conhecimento sobre o desenvolvimento da criança anuncia que as práticas educativas utilizadas pelos pais não devem trazer consequências psicológicas negativas. Percebe-se uma grande influência da psicologia, principalmente da psicanálise, nessa nova forma de pensar a educação dos filhos. Assim, o profissional psicólogo recebe durante a sua formação conhecimentos que garantem a ele um diferencial no que se refere à escolha e aplicação de práticas educativas que visam o melhor desenvolvimento na infância. Porém, os poucos estudos que investigaram esta temática trazem que o fato de ser uma mãe psicóloga e considerando a vida atribulada da contemporaneidade, durante os cuidados maternos cotidiano de sua vida pessoal e familiar, elas utilizam práticas educativas não condizentes com a teoria psicológica. Considerando as poucas publicações sobre o tema, essa pesquisa pretendeu contribuir para ampliar o conhecimento e instigar novas pesquisas sobre a temática. Sendo assim, nosso objetivo foi verificar se o conhecimento psicológico das mães psicólogas influencia na escolha de práticas educativas no processo de educação de seus filhos. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e transversal. A população do estudo foi constituída por quatro mães com formação em psicologia e filhos na faixa etária de 6 a 12 anos. Os dados foram coletados por meio

de entrevistas semiestruturadas a partir das seguintes questões norteadoras: “Como acontece a sua participação na vida de seu filho?”. “Como ocorre o estabelecimento de regras para o seu filho?” “De que forma se dá a comunicação na interação com o seu filho?” “Você utiliza algum tipo de punição na educação do seu filho?” “O seu conhecimento teórico influencia na escolha das práticas educativas aplicadas com o seu filho?” Para analisar esses dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Assim, foram levantadas três categorias: “percepção sobre ser mãe e ser psicóloga”; “práticas educativas reais x práticas educativas ideais”; “vivências e experiências das mães psicólogas”. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA e aprovada, segundo registro CEP/Unifra: 1.098.031/2015. RESULTADOS: No que se refere à categoria “percepção sobre ser mãe e ser psicóloga”, percebe-se que o conhecimento psicológico sobre educação infantil está internalizado nessas mães e ele auxilia no exercício da maternidade. Traz a habilidade da escuta ativa, da paciência, da empatia, do diálogo, o que é um diferencial para essas mães na aplicação das práticas educativas com seus filhos. Por outro lado, em algumas situações, essas mesmas mães contrariam o seu conhecimento teórico agindo de forma impulsiva e inadequada, mas buscam, logo após, reparar o seu erro junto ao filho. No que concerne à categoria “práticas educativas reais e práticas educativas ideais”, muitas vezes as mães psicólogas punem seus filhos. A punição nesse caso é feita por meio da retirada de privilégios, em detrimento do diálogo por causa do estresse causado pela vida moderna. No que se refere às regras, apesar delas serem necessárias para que a criança tenha segurança, a tarefa de aplicá-las é uma tarefa penosa, até porque devem ser respeitadas as singularidades dos

filhos, tendo cuidado com a generalização, respeitando as diferenças de faixa etária e gênero. Por outro lado, para não cair em descrédito ao aplicar uma prática inadequada, essas mães procuram manter a posição adotada até o final. Quanto à categoria “vivências e experiências das mães psicólogas”, as mães psicólogas relatam o tempo todo uma participação ativa na vida dos filhos, incluindo dinâmicas diferentes para atender suas demandas no sentido de corresponder as suas solicitações. Pontuam a explicação através de diálogo como uma forma de que os filhos internalizem as regras evitando desentendimentos que acarretem punições. Algumas vezes as decisões são tomadas em parceria com os cônjuges, dessa forma fazendo com que a integração familiar se dê de forma equilibrada. Enquanto uma mãe participante do estudo tem convicção de que sua profissão a coloca em melhores condições do convívio familiar, a outra já relata que a profissão prejudica de alguma forma a vida dos filhos pelo fato de cuidar muito dos outros em detrimento do cuidado com os próprios filhos. O discurso das mães é atravessado por uma educação baseada em causa e consequência, como forma de mostrar para a criança que tudo que ela faz terá um retorno, o reflexo disso poderá ser bom ou ruim. Elas utilizam da orientação teórica comportamental na aplicação das práticas educativas com o intuito de obter o comportamento desejado, inclusive com algumas aplicações de práticas educativas que vão além do reforço, como é o caso da punição com retirada de privilégios. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, o conhecimento psicológico influencia nas escolhas de práticas educativas das mães profissionais dessa área. Por outro lado, elas, em algumas situações específicas, abandonam o conhecimento teórico e agem de forma impulsiva e pouco adequada, talvez com base na maneira como foram educadas na infância. Todavia, após esse

comportamento, elas conseguem refletir sobre seus erros. As mães psicólogas trazem também uma vida pautada por atribuições do trabalho profissional e uma tentativa de equilibrar sua profissão com a dinâmica familiar. Para isso, utilizam na maioria das vezes de técnicas que visam moldar comportamentos com o intuito de estabelecer limites aos seus filhos. Elas contam em determinadas ocasiões com a colaboração dos maridos no desempenho de suas tarefas. Este estudo traz como limitação o fato de que somente foi considerado o discurso de mães psicólogas. Desse modo, o pensamento dos pais psicólogos não foi levado em consideração. Por isso, é imprescindível que estudos futuros abordem a opinião dos mesmos, pois, com a mudança na estrutura familiar, o homem também tem um papel fundamental na educação dos filhos.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO MUNICÍPIO DE CABEDELLO-PARAÍBA

Ivanice Jacinto da Silva, Márcia Maria Mont'alverne de Barros

Palavras-chave: saúde mental, terapia ocupacional, matriciamento

APRESENTAÇÃO: O apoio matricial ou matriciamento em saúde mental constitui uma das estratégias importantes no processo de articulação necessário entre saúde mental e Atenção Primária à Saúde (APS). Preconiza-se a descentralização do modelo de assistência ao usuário, ancorando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de Reforma Psiquiátrica adotado no Brasil. O objetivo desta pesquisa é compreender as concepções de trabalhadores da saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS AD Primavera de

Cabedelo, Unidade Básica de Saúde - UBS de Camalaú e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, referenciado para esta unidade de saúde, acerca do matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química, assim como a atuação da Terapia Ocupacional(T.O) nessa estratégia de cuidado. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Cabedello-PB. Participaram da pesquisa 8 trabalhadores da saúde do CAPS AD, três da UBS de Camalaú e dois do supracitado NASF. Consideraram-se como critério de inclusão a aceitação para contribuir com a pesquisa, desempenho no papel de matriciador de saúde mental há pelo menos seis meses. Os trabalhadores da saúde foram definidos pela relevância das informações e observações que indicaram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Atenderam-se como critérios de exclusão as situações nas quais o trabalhador da saúde não aceitasse participar da referida pesquisa, em caso de recusa de gravação de suas falas. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos foram atendidos, conforme preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2013). O material produzido em campo foi analisado de acordo com a técnica de análise do discurso proposto por Fiorin (1998). **RESULTADOS:** Mediante a análise dos discursos foram construídas as seguintes categorias: A) Matriciamento como propulsor de encontros necessários para o cuidado em saúde mental – Identificou-se que o matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química é compreendido pelos trabalhadores da saúde como um encontro necessário para a produção do cuidado. Compreende-se que a

prática do matriciamento assemelha-se com a dinâmica de formação de uma ciranda. Para que a ciranda aconteça, faz-se necessário que um grupo de pessoas diferentes dêem as mãos umas às outras, em forma de círculo, compondo uma corrente, em que cada um seja capaz de se ver e ouvir a voz do outro, embalado ao som da zabumba. É essencial que todos que compõem a ciranda se movimentem no mesmo sentido, guiando-se pelo ritmo da música. Defende-se que o movimento mencionado é necessário para que o matriciamento aconteça. É preciso que os trabalhadores da saúde se unam e se movimentem no mesmo sentido, realizando o compartilhar de conhecimentos da mesma forma em que os olhares e vozes se cruzam na ciranda. Nada disso teria sentido sem um guia; na ciranda, esse guia é a zabumba, no matriciamento, é o usuário. B) Matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química em Cabedello: uma rede de cuidado em construção – Identificaram-se que o matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química em Cabedello vem se construindo, logo no início da implantação do CAPS AD, os trabalhadores da saúde relataram que realizaram contatos com as equipes das unidades de saúde, a fim de avaliar as suas demandas e providenciar possíveis intervenções articuladas ao apoio matricial. No entanto, com o crescimento da demanda de usuários e outros movimentos que ocorreram ao longo desse período, os trabalhadores foram se distanciando dos objetivos inicialmente traçados. Atualmente existem iniciativas das equipes do município e também da academia que visam aumentar o elo entre os serviços e fortalecer o trabalho em rede e da prática do matriciamento. Os achados da pesquisa apontaram ainda para o início de formação de uma rede de atenção, mostrando uma relação entre matriciamento e rede.

C) Identificando as fragilidades para o fortalecimento do matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química em Cabedello – No concernente às principais fragilidades, destacam-se a falta de realização do matriciamento em saúde mental, enquanto uma prática permanente desenvolvida no âmbito dos serviços, bem como a ausência de registros das atividades de matriciamento desenvolvidas pelas equipes. Evidenciaram-se também a falta de investimentos permanentes na formação teórica-prática dos trabalhadores dos mencionados serviços de saúde, com vistas ao desenvolvimento dessa inovadora tecnologia de cuidado. Faz-se necessária a adoção da educação permanente, pois esta estratégia possibilita a reflexão da prática e mobiliza processos de aprendizagem e ensino. Estes podem contribuir de maneira relevante para a qualificação da equipe e o desenvolvimento do cuidado em saúde mental ancorado de fato na atenção psicossocial. Outra fragilidade detectada, diz respeito à articulação entre os serviços de saúde e à prática de matriciamento, esta última deveria ser mais explorada e valorizada, pois consiste em uma ferramenta que propicia o fortalecimento da rede. D) A T.O como colaboradora da prática de matriciamento, com ênfase na dependência química, no município de Cabedello – A T.O oferece um papel relevante nesse cenário, apresentando-se como uma profissão com potencial para contribuir com a estratégia de cuidado de matriciamento em saúde mental. A T.O se diferencia das demais profissões da saúde, pois oferece uma concepção diferenciada de valorização do ser humano, na medida em que se preocupa em possibilitar ao sujeito a busca de redescobertas de formas próprias de construção de atividades, às quais são carregadas de sentido para ele no seu cotidiano. Detectaram-se,

no entanto, que o número reduzido de terapeutas ocupacionais nos serviços da rede de atenção de Cabedelo é um fato que impossibilita a ação do profissional como agente matriciador. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** São muitas as fragilidades e as potencialidades do matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química, na visão dos trabalhadores da saúde. Para que sejam realizados avanços significativos é necessário que o trabalhador da saúde tenha desejo. A metodologia de matriciamento apresenta-se como uma das formas de despertar nos trabalhadores da saúde mental esse sentimento, mediante o compartilhar de experiências, saberes e práticas. Perceberam-se ao longo da pesquisa que os trabalhadores da saúde possuem o desejo por mudanças e estão receptivos em buscar novas estratégias de cuidado para fazer com que a ciranda do cuidado em saúde mental de fato aconteça. Com a realização desse estudo, constatou-se que o matriciamento não é concebido como uma estratégia de gestão, a qual impulsiona o movimento articulado e efetivo da rede. Dessa forma, os trabalhadores da saúde, assim como os usuários sofrem consequências contraproducentes ao proposto pelo SUS. Considerando-se o conteúdo explicitado, chama-se a atenção para a importância de realização de pesquisas que priorizem a investigação dos fatores que impossibilitam a realização do apoio matricial no município, cenário do estudo. Pretende-se, assim, provocar mudanças favoráveis na atenção em saúde mental prestada à população do município de Cabedelo, a qual sofre os dramas, as tramas e os desdobramentos de diferentes magnitudes oriundos do uso prejudicial de drogas.

MELHOR PREVENIR: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS JUNTO A USUÁRIOS EM RISCO DE DESENVOLVER DIABETES MELLITUS

Dana Molina Piedra, Silvana Dias Corrêa Godói

Palavras-chave: Educação em saúde, Risco de Diabetes, Diabetes mellitus

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde, associada ao autocontrole das doenças associadas, modificação dos riscos, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para controlar os pacientes com risco de desenvolver o Diabetes. O conhecimento da doença está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares. Na ESF 4406 do município de Ceilândia de Distrito Federal, foi proposta intervenções psicoeducativas visando o empoderamento dos pacientes sobre os fatores de risco de desenvolver o Diabetes Mellitus. Em nossa área de abrangência a população alvo serão 64 pacientes, a amostra (n=30) com risco de Diabetes Mellitus registrado no SIAB da equipe. Serão inclusos os pacientes de 18 a 79 anos com risco segundo os critérios clínicos estabelecido foi identificada a necessidade de que eles adquiram mais conhecimentos sobre a doença. A principal estratégia foi utilizar atividades psicoeducativas, depois de receber as aulas, os usuários responderam a um segundo questionário para confirmar a eficácia da atividade educacional. A intervenção educativa realizada foi eficaz no que se refere ao empoderamento dos pacientes sobre risco de desenvolver o Diabetes, tacada-se que não houve evasão dos participantes o que chama a atenção quanto a necessidade sentida resultante no interesse da população. Conclui-se que é necessária efetivação das ações

educativas com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento de nossa população e estimulando a autonomia dos sujeitos com esses e outros temas nos diferentes grupos populacionais sempre selecionando após diagnóstico situacional. O tema sobre a Diabetes Mellitus em pacientes com risco de desenvolver a doença foi muito importante para a população de minha área, conseguimos elevar o nível de conhecimento sobre o Diabetes Mellitus nestes pacientes com risco. Passamos informação sobre o que é o Diabetes, o tratamento, os sintomas e os fatores de risco associados, explicamos também a importância do controle das doenças associadas e de efetuar a dieta conforme orientação do especialista e os benefícios dos exercícios físicos para esses pacientes. Durante a intervenção foram aplicados pré e pós-teste, junto aos 30 participantes não havendo nenhuma evasão durante os encontros. Tiveram preferência os pacientes com risco de diabetes incluídos no estudo com idade entre 56 e 65 anos, o sexo masculino. O nível de informação sobre Diabetes Mellitus antes da intervenção educativa era regular, depois das aulas e orientações passou para o nível bom. A intervenção educativa aplicada foi eficaz no que se refere ao aumento do nível de conhecimento sobre o Diabetes em pacientes com risco de desenvolver a doença. Outro aspecto a ser destacado sobre a permanência dos participantes nos encontros apoia a ideia de que aulas psicoeducativas combinadas com assuntos sobre diabetes e cognição podem ser mais atraentes para o grupo incluso, do que uma intervenção com foco exclusivo na doença. Outra vantagem do presente projeto e a priorização das atividades coletivas, como os grupos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar adesão da equipe as ações preventivas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de

cunho prioritariamente curativo. Também se conseguiu uma infraestrutura de apoio para os grupos, que consistiu em: uma sala reservada para discussão em grupos e exposições e demanda por consulta médica regular diminuiu (considerando os pacientes dos grupos controlados). Limitações do estudo atual incluem uma amostra relativamente pequena, e um número de sessões psicoeducativas limitado frente à complexidade dos temas abordados. Para os próximos PI, sugere-se a replicação da metodologia do presente estudo, porém com uma intervenção mais prolongada e com avaliações de seguimento para detectar manutenção dos ganhos documentados e possíveis modificações nos estilos de vida dos pacientes

MEMÓRIA DE MULHERES CUIDADORAS DE IDOSOS (AS) DEPENDENTES: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS ÀS EXPERIÊNCIAS DO CUIDADO INTRAFAMILIAR

Edmeia Campos Meira, Camila Calhau Andrade Reis, Luciana Araújo dos Reis, Rita Maria Radl Philipp

Palavras-chave: Idoso, relações familiares, identidade de gênero

APRESENTAÇÃO: Dados demográficos revelam que o Brasil vivencia um rápido envelhecimento da sua população, fenômeno conhecido como transição demográfica. Arelada a essa experiência ocorre ainda, uma transição epidemiológica, caracterizada pela redução das doenças infectocontagiosas e parasitárias, e incremento das doenças crônicas nas idades avançadas. A convivência com doenças crônicas impacta significativamente o perfil da morbimortalidade dos brasileiros e, muitas vezes, implica na necessidade de cuidados permanentes, devido a fragilidades

e dependências adquiridas. Na ocorrência de dependência de cuidados para a pessoa idosa, a mulher tem assumido ao longo da história do cuidado humano, a responsabilidade por estas ações em espaço intrafamiliar, tornando-se a cuidadora familiar principal. Todavia, nota-se uma escassez de estudos que retratem como estas mulheres cuidadoras tem vivenciado o processo de cuidar em contexto de relação interpessoal com o idoso (a) cuidado, com a família, e com a sua sobrevivência na condição de pessoa humana nos processos da constituição social da identidade de gênero e sua orientação para o cuidado. Este estudo baseia-se em princípios norteadores dos processos de construção das identidades de gênero a partir das teorias feministas psicanalíticas e do interacionismo simbólico, do envelhecimento humano no contexto das Políticas Públicas e do cuidado humano e sua relação com a velhice. Tem como objetivo geral, compreender como se desenvolve o sentido da memória de mulheres cuidadoras, e o significado atribuído às experiências na relação de cuidado intrafamiliar junto à pessoa idosa dependente. Sabemos que as lembranças evocadas poderão ser da instância pessoal ou social e que estas poderão (ou não) individualizar a memória do grupo de pertencimento ou da comunidade na qual os indivíduos estão inseridos. No entanto, a importância do estudo está na possibilidade de reviver estas lembranças que, certamente, contribuirão para caracterizar parte da história de vida com seus significados e vivências. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo é parte do projeto de tese: O sentido da memória de mulheres cuidadoras de idosos (as) dependentes: Identidade de gênero e orientação para o cuidado. Trata-se de uma investigação empírica de natureza qualitativa, em que o foco se volta para o

conteúdo, sendo o ponto central do estudo, o alcance da realidade por meio do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Tem como categoria metodológica a apreensão da memória coletiva, e a história oral de vida de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes em contexto familiar. Foi realizado no município de Jequié, interior da Bahia, no período de janeiro a março de 2015. Seis mulheres participaram do estudo, conforme critério de inclusão: mulheres que vivenciam o processo de cuidar de idoso (a) dependente por, no mínimo, três anos. Para produção das informações foram realizadas visitas domiciliares e entrevistas semiestruturadas. As informações foram gravadas, transcritas e analisadas conforme princípios de interpretação da Análise de Conteúdo, o que possibilitou a organização de categorias oriundas das histórias de vida. Para análise das informações foi utilizado ainda, o Programa QSRNVivo 10-chave de licença: NVD10-L2000-KRU84. O estudo atendeu às normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob parecer nº 791.570. Todas as participantes foram instruídas quanto aos riscos, benefícios e objetivos do estudo, mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas. Para garantia do sigilo e respeito ao anonimato das participantes, cada uma escolheu um codinome relacionado à tipos de flores. **RESULTADOS:** Neste estudo, compreende-se espaço, como o lugar onde ocorrem as experiências, as lembranças concretizadas materialmente, e que evoca permanência e estabilidade. É nesse espaço que o sociocultural é materializado como o lócus do cuidado vivenciado pela mulher cuidadora familiar de pessoas idosas, com suas relações sociais de poder e em um

tempo social de envelhecimento populacional com características de feminização. Assim, um cenário marginal, com estereótipos de improdutividade, desengajamento e outros semelhantes constitui a velhice. Segundo princípios teóricos da memória coletiva em relação ao tempo, a memória de uma sociedade estende-se até onde alcança a memória dos grupos dos quais ela é formada. Por definição, a memória coletiva não ultrapassa os limites da sua referência de grupo e não existe memória coletiva que se desenvolva fora de um quadro espacial. As memórias coletivas das mulheres cuidadoras familiares desveladas neste estudo, direcionaram a organização das seguintes categorias temáticas: 1- O significado do ato de cuidar, considerando o viver/envelhecer em família e 2- Os desafios nas experiências vivenciadas pela mulher cuidadora e os modos de superação no seu cotidiano. A primeira categoria aponta que o desempenho de cuidado é permeado por uma construção de identidade em que o processo de individualização e autoconstrução internaliza significados, que ainda definem o papel de cuidar como uma tarefa constituída de sentimentos, atitudes, expressões psicossociais, culturais, opções morais, tomada de decisões, natureza de relacionamentos e obediência espiritual a uma religiosidade. Assim, especialmente por questões morais e por princípios culturais e religiosos, esta mulher cuidadora apresenta uma identidade de gênero orientada para o cuidado, assumindo automaticamente a responsabilidade pelo seu familiar idoso (a) dependente. Para a mulher cuidadora, o papel assumido somente poderá ser exercido pela mesma, pois compartilhar o cuidado de uma pessoa idosa dependente não poderia ser igualmente desempenhada pelo homem. A segunda categoria revela que os desafios nas experiências vivenciadas pela mulher

cuidadora se caracterizam pelo sentimento de despreparo e pelas tomadas de decisões inesperadas que envolvem todo o contexto familiar, o que provoca sobrecargas, conflitos com identidades opostas e nas relações intrafamiliares. As mesmas relatam que não tiveram o direito de opção diante da família para assumir a função de cuidadora. Assim, vivenciam a solidão, a dificuldade de acesso ao lazer, a sobrecarga acompanhada de estresse, sem direito a reivindicar junto às outras gerações, a partilha com solidariedade e responsabilidade no cuidado no próprio contexto familiar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que a interface das mulheres cuidadoras de idosos (as) dependentes com a identidade de gênero e o cuidado humano permite compreender que existem significados, experiências de caráter sociocultural, sentimentos e atributos morais nas relações intergeracionais no espaço privado instituído da família. A partir disso, subsídios para políticas que priorizem a vida feminina em exercício ético do cuidado, com equidade no envelhecimento, podem ser oferecidos. Concluímos ainda, que o olhar sociológico para as transformações nas relações de gênero no âmbito estrutural intrafamiliar é importante, pois constata a realidade populacional da longevidade e favorece a compensação de carências na experiência em função do gênero. Assim, compreendemos que a dinâmica do envelhecimento populacional e a necessidade de empreender um estado de bem-estar social, fazem com que as famílias desenvolvam entre si um contrato geracional nas suas relações, por estarem mais próximas das pessoas idosas e crianças, as quais necessitam de proteção mediante ações de cuidado. Isso configura experiências de socialização humana e, certamente repercute nos papéis femininos e masculinos na velhice. Por fim, concluímos que os resultados do estudo podem propiciar

conhecimentos na área do gênero e envelhecimento no ensino da enfermagem, com vistas a valorização do respeito e garantia de dignidade para a mulher cuidadora familiar enquanto ser humano, independente da condição de saúde/doença vivenciada.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS MAIS PREVALENTES ENTRE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E A PROCURA POR UM SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Elis Muriel Marques Monti, Gislaine Eiko Kuahara Camiá

Palavras-chave: mulheres, transtornos mentais, planejamento familiar

INTRODUÇÃO: Os transtornos mentais são diferentes na idade adulta para homens e mulheres. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo, sendo a depressão a doença que mais causa incapacitação e o suicídio, a segunda causa de morte no mundo entre 15 e 44 anos de idade(1). Há diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, comorbidades mais frequentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino(2). A sexualidade das mulheres portadoras de transtornos mentais é um tema controverso, pois é comum pensar que são exibicionistas e exacerbam a sua sexualidade ou que são seres assexuados. Deve-se reconhecer sua sexualidade como uma pessoa normal, que sente, apaixonase e ama como qualquer pessoa, tendo necessidade de se expressar sexualmente(3). Em estudo realizado com enfermeiros de hospitais psiquiátricos, constatou-se

a negação da sexualidade do portador de transtorno mental, demonstrando as manifestações de sexualidade presenciadas nas unidades psiquiátricas como desvio, transgressão ou doença(4). Lidar com a sexualidade dessa população faz parte das atividades do enfermeiro que deve ter conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados para atender a demanda de saúde sexual e reprodutiva(4,5). Vale ressaltar que, as mulheres portadoras de transtornos mentais são mais vulneráveis à gravidez não planejada, sendo sua ocorrência elevada devido à frequente falta de crítica, de autonomia e do controle do próprio comportamento, além da possível interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais. A contracepção para essa população deve levar em consideração um método no qual o seu uso independa do controle pessoal (anticoncepcional hormonal injetável, dispositivo intrauterino e laqueadura), porém a conduta ética apropriada a essas mulheres pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Por isso é importante um atendimento em planejamento familiar específico e integral a essa população a fim de promover um atendimento adequado e efetivo(6). **OBJETIVOS:** Identificar os métodos contraceptivos mais utilizados por mulheres com transtornos mentais e verificar a procura por um serviço de planejamento familiar. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e documental, onde foram utilizados prontuários e entrevistas com mulheres do Hospital-Dia Geral (HDG) de um Centro de Atenção em Saúde Mental localizado na zona sul de São Paulo. O estudo foi realizado através de dados dos prontuários e entrevistas com usuárias do serviço, no período de 04 a 30 de abril de 2013. A amostra foi constituída por 10 mulheres com os seguintes critérios de inclusão: ser portadora de transtorno

mental com idade entre 20 e 40 anos, com matrícula no serviço. Foram excluídas as adolescentes devido à especificidade do planejamento familiar para esse grupo. Os dados foram coletados após a autorização dos responsáveis pelo serviço e das usuárias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição, sob o parecer de nº 234.770/13. Foi utilizado um instrumento específico, composto de dados de identificação, história ginecológica, obstétrica e psiquiátrica. As entrevistas foram realizadas individualmente e em local reservado. **RESULTADOS:** Das entrevistadas, 70% tinham idade entre 26 e 35 anos, todas eram solteiras, brasileiras, não realizavam atividade remunerada e residiam com familiares; 40% possuíam o ensino médio completo, 20% ensino fundamental incompleto, 20% ensino médio incompleto e 20% superior incompleto. Em relação ao transtorno mental, 80% com diagnóstico de esquizofrenia, 10% de transtorno afetivo bipolar e 10% outros transtornos (psicose não orgânica, não especificada e retardo mental). Em relação ao tratamento psiquiátrico, 70% com história de tratamento e internação psiquiátrica, 50% faziam tratamento psiquiátrico há mais de 11 anos e 90% acompanhamento no HDG há mais de um ano. Em relação à história sexual, 70% referiram coitarca após 17 anos, 29% mães com gestações não planejadas; 43% relataram, espontaneamente, história de abuso sexual por familiares. Quanto ao uso anterior de métodos anticoncepcionais: 43% nunca utilizaram algum método contraceptivo e 29% haviam utilizado somente preservativo masculino, 14% com anticoncepcional hormonal oral e 14% com anticoncepcional hormonal injetável. Quanto ao uso atual de métodos anticoncepcionais: 72% não utilizavam nenhum método, 14% faziam uso de

anticoncepcional hormonal oral e 14% de anticoncepcional hormonal injetável. O uso da contracepção de emergência representou 43%. Todas as mulheres do estudo nunca frequentaram um serviço de planejamento familiar e nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As mulheres portadoras de transtornos mentais relataram que nunca frequentaram um serviço de planejamento familiar e nunca procuraram os serviços das Unidades de Saúde para falarem sobre concepção, anticoncepção e sexualidade. Quanto ao uso atual de métodos anticoncepcionais, 72% não utilizavam nenhum contraceptivo no momento da pesquisa, dado preocupante, por estarem mais vulneráveis à gravidez não planejada, 14% uso de anticoncepcional oral e injetável com mesmo percentual. Diante desse panorama, verifica-se a necessidade de serviços em planejamento familiar específico para as mulheres portadoras de transtornos mentais, assegurando igualdade de direitos sexuais e reprodutivos, por meio de práticas educativas em anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de situações de abuso sexual, além da abordagem em aspectos da saúde integral, envolvendo as usuárias e seus familiares.

MODELOS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL

Joliani Alves de Moraes Rotilli, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Cuidados Integrados de Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente

São considerados Cuidados Integrados iniciativas de cooperações intersetoriais, entre prestadores de cuidados tanto

da área social como da saúde, com disponibilização de cuidados de forma contínua, sem interrupções, a pessoas vulneráveis e com múltiplas necessidades. Eles contribuem para a solução de diversos problemas, como as ineficiências na gestão dos recursos disponíveis, listas de espera inaceitáveis, baixa qualidade na prestação dos serviços e a insatisfação do paciente. Os modelos de Cuidados Integrados revelam diferenças entre os países não apenas em termos e definições, como também em nível de organização e financiamento e, principalmente ao nível da avaliação da qualidade e dos impactos destes cuidados. OBJETIVO: Analisar o conhecimento produzido sobre os modelos de Cuidados Integrados em âmbito nacional e internacional. METODOLOGIA: O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, cuja questão norteadora foi: Como está a construção do conhecimento sobre os modelos de Cuidados Integrados, em âmbito nacional e internacional? Critérios de inclusão: textos completos, com livre acesso a bases de dados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; e estudos que abordem os modelos de cuidados integrados. Critérios de exclusão: citações que não atendem ao objetivo da pesquisa. Não houve restrição quanto à data de publicação. Foram utilizadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS); a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO). E incluídos editoriais, teses, dissertações e/ou estudos que abordam a temática relevante ao alcance do objetivo da revisão. RESULTADOS: Resultaram 91 estudos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 23 estudos que atendem aos objetivos propostos. Dos

estudos utilizados dezesseis (69,56%) eram artigos, seis (26,10%) monografias e apenas um documento jurídico (4,34%). A maioria das publicações se deu entre 2004 a 2009. A leitura dos estudos analisados permitiu a sistematização dos estudos em 04 categorias: Origens e definições, sobre este tópico foram encontrados 8 estudos (18,4%); Estrutura institucional e proposta de cuidados, foram identificados sobre este tema 10 estudos (23,0%); Financiamento foram analisadas 8 (18,4%) referências e o custo, a análise ocorre por meio de 5 estudos. A categoria origens e definições mostram o modelo o NHS Continuing Healthcare foi desenvolvido no Reino Unido, Cuidados Continuados Integrados em Portugal, Kaiser e All-Inclusive Care (PACE) nos Estados Unidos, System of Integrated Care for Older Persons (SIPA) e o Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) no Canadá. Surgiram como uma resposta integrada a demanda por cuidados, definindo-se como um processo terapêutico à saúde e de apoio social, ativo e contínuo centrado no paciente. Em Estrutura institucional NHS Continuing Healthcare prestam os cuidados no domicílio ou no lar de idosos. O modelo Cuidados Continuados Integrados possuem unidades de internação, unidades de ambulatório, equipes hospitalares e equipes domiciliares; o modelo Kaiser tem 35 hospitais e 431 consultórios médicos; o PACE opera em estrutura hospitalar, comunitário e domiciliar; o SIPA apresenta estrutura institucional e comunitária e o PRISMA atende nos domicílios, hospitais, hospital dia, centro dia. Todos os modelos oferecem os cuidados através de uma equipe multidisciplinar e serviços de exames complementares, laboratoriais e radiológicos. Em relação ao financiamento no modelo Cuidados Continuados Integrados depende de quatro fatores: dos sistemas e das populações; das medidas

nacionais de financiamento público; do grau de participação do financiamento privado; e da demarcação da responsabilidade entre setor público e setor privado em matéria de CCI, o NHS é financiado exclusivamente pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Kaiser Permanent (KP) é considerado um modelo de saúde privado, sendo constituído por três entidades interdependentes que organizam, financiam e prestam cuidados médicos; o modelo PACE é financiado por dois programas, o Medicare que é um programa de seguro de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais e o Medicaid que beneficia a população de baixa renda. Em relação aos custos e benefícios a implantação dos Cuidados Continuados Integrados em Portugal (RNCCI) sobrepôs uma nova estrutura necessitando de novos recursos financeiros para manter a estrutura e os custos hospitalares, porém os Cuidados Continuados Integrados não reduziu os desperdícios hospitalares. No entanto, o seu crescimento subsequente parece ser rigorosamente acompanhado de uma diminuição da ocupação dos leitos hospitalares. Já o programa PACE foi avaliado em comparação com o Wisconsin Partnership Program (WPP) um modelo de cuidados que atua de forma desconectada. Foram analisadas as taxas de internação, dias de internação, tempo de internação, atendimentos de emergência e urgências evitáveis. Concluíram que os resultados melhores foram para o programa PACE do que para o WPP e que os médicos têm uma participação mais ativa no modelo PACE. No modelo SIPA, foi realizado um ensaio clínico randomizado, em que foi demonstrado que não houve aumento e nem redução dos custos, mas diminuiu a utilização de todos os serviços nos hospitais, e principalmente, a internação. Um projeto quase-experimental foi utilizado para avaliar o PRISMA apresentado de forma subentendida, houve a diminuição

de custos, através de achados relacionados a reduções de readmissões hospitalares, na institucionalização e na taxa de declínio funcional. O modelo Kaiser mostrou que as reduções de custos foram indescritíveis, comparando os grupos de gestão de doenças crônicas com o grupo de pacientes sem doenças crônicas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Mediante a revisão realizada, pode-se afirmar que os Cuidados Continuados Integrados foram desenvolvidos como estratégias para responder às crescentes demandas de cuidados. O modelo Cuidados Continuados Integrados que esta em fase de implantação no Brasil é semelhante ao modelo desenvolvido em Portugal, oferece serviços para todos os indivíduos que estejam em situação de dependência, independentemente da idade, o NHS Continuing Healthcare do Reino Unido proporcionam os seus serviços para todas as pessoas maiores de 18 anos que necessitem de cuidados continuados, enquanto os modelos PACE, SIPA e o Prisma oferecem os cuidados somente para os idosos. Os serviços são executados por equipes multidisciplinares e os principais profissionais mencionados são os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicológicos e nutricionistas, sendo que o plano terapêutico é realizado pela equipe multidisciplinar com auxílio do indivíduo e a família. As formas de financiamentos dos modelos apresentaram disparidade, variando de financiamentos mistos (público e privado), públicos e privados. Em relação aos custos e benefícios todos os modelos de Cuidados Integrados mostraram redução no número dos leitos hospitalares, melhora na qualidade do cuidado e acessibilidade do sistema, diminuição dos cuidados fragmentados, porém não conseguiram atingir a redução de custos. A literatura carece de estudos sobre os modelos de Cuidados Integrados, principalmente no

Brasil, tornando necessário novos estudos sobre o tema, ou ainda, é preciso que sejam divulgadas as experiências ocorridas dentro dos modelos de Cuidados Integrados para minimizar as dificuldades de estabelecer parâmetros de comparabilidade e revelar os impactos do cuidar de forma integrada.

MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR NOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Aline Pereira da Silveira, Doroty Mesquita Dourado, Sandra Christo de Souza

Palavras-chave: Controle glicêmico, Diabetes Mellitus, complicações

APRESENTAÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) vem sendo um problema de saúde pública, face aos índices de morbidade e mortalidade relacionados à doença, como também aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. É considerado como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social, tornou-se uma doença global. O aumento de casos de Diabetes Mellitus nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética. Para a primeira década do século XXI indicam que haverá 239 milhões de indivíduos diabéticos em todo o mundo, em

decorrência, principalmente, da longevidade progressiva das populações e das transformações sócio-culturais ocasionadas pela urbanização e mudança no estilo de vida. Já é conhecido que o diagnóstico, e a melhora do controle glicêmico, neste caso por meio de modificações no estilo de vida, com melhora da qualidade de vida e/ou tratamentos adequados, reduz o risco de complicações micro e macrovasculares, ainda assim, estima-se que cerca de 35% a 50% dos indivíduos com DM do tipo 2 (DM2) não saibam ter a doença, e aqueles que foram diagnosticados não realizam o monitoramento da glicemia capilar e seu controle. O critério para o diagnóstico foi estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes, e atualmente, são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual, aquela realizada a qualquer hora do dia, independente das refeições, acima de 200mg/dl; Glicemia de jejum \geq 126mg/dl e glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl. É de grande importância que o diagnóstico seja realizado precocemente e o tratamento tanto medicamentoso, quanto a mudança de estilo de vida, para uma vida saudável, com bons hábitos alimentares (dieta hipocalórica e hipolipídica) no geral uma dieta balanceada e prática de exercícios físicos, seja estabelecido de forma rápida e eficaz, reduzindo as chances de morbimortalidade crescentes na população de doentes por Diabetes Mellitus. Assim sendo este presente estudo tem como objetivo, avaliar a prevalência da monitorização da glicemia capilar nos pacientes diabéticos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, além de caracterizar e analisar a importância da monitorização da glicemia capilar no controle e prevenção de complicações do Diabetes Mellitus, nos pacientes atendidos nas Unidades Básicas

de Saúde da Família de Campo Grande-MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi desenvolvido um estudo epidemiológico descritivo transversal realizado no município de Campo Grande, MS. A obtenção dos dados ocorreu por meio do preenchimento de formulário específico pelos pesquisadores mediante inquérito aos pacientes diabéticos, sujeitos da pesquisa, de uma amostra cujo cálculo amostral teve por base o número de pacientes portadores de DM2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes atendidos no período do estudo, composta por 408 (n) pacientes, sendo 12 de cada uma das 34 UBSF. As informações relativas ao atendimento foram obtidas pela rede de atenção básica à saúde da região urbana do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, com uma população de 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013. O preenchimento dos formulários foi condicionado à assinatura e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. Para a confecção do banco de dados, planilhas, tabelas e avaliação estatística empregaram-se o programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDERP, a coleta de dados teve início após a sua aprovação, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar, orientados e esclarecidos, e informados da necessidade de que o seu consentimento fosse expresso mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma que foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Dos 371/408 (91%) pacientes que responderam ao questionário, 78,7% (292/371) apresentavam o cartão de Diabetes Mellitus no momento da entrevista, contudo 3,3% (12/371) possuíam o cartão, mas não estava com

este na entrevista. Outros 18,1% (67/371) não possuem o cartão ou não sabem referir se já o teve em algum momento da doença. Portanto para nossa análise, levamos em conta somente aqueles que apresentavam o cartão no momento da entrevista, e destes somente 43,4% (127/292) apresentam o registro da monitorização da glicemia de jejum, com intervalo de tempo, no período de registro, de até 3 anos de monitorização. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando o Diabetes Mellitus como uma doença global de alta morbidade e mortalidade, além de alta incidência, deveria então ser melhor monitorada, em ponto de vista do controle glicêmico, visto que este implica diretamente no surgimento de complicações micro e macrovasculares. Em nossa pesquisa foi observado que menos da metade da população estudada, realizava monitoramento da glicemia capilar constante e registrado em cartão, fato este que pode implicar em enfermidades, complicações e até internações, sendo fator de risco para o paciente e gerando altos custos para o sistema público de saúde, custo este que poderia ser evitado se o controle glicêmico fosse mais rígido, em programas sociais mais efetivos, onde o paciente tenha consciência da importância do controle e monitorização do seu índice glicêmico. Também foi verificado que parte da população estudada não possuía o cartão do Diabético, fato este que sugere que o programa de saúde do controle do DM não está eficaz e/ou não consegue abranger o paciente de forma integral. Deste modo, destacamos então a importância do registro do paciente DM e seu cartão do Diabético devidamente preenchido, para que assim o serviço público e nacional de saúde tenha um maior controle dos pacientes, sua evolução, complicações, objetivando assim uma melhora na qualidade de vida destes pacientes.

MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA NOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Fernanda Almeida Andrade, Doroty Mesquita Dourado, Sandra Christo de Souza

APRESENTAÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) compõe os dados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais e um grande problema de saúde pública principalmente devido às suas complicações e influência direta nos índices de morbimortalidade, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. No ano de 2011, 12,4 milhões de pessoas foram diagnosticadas com diabetes mellitus no Brasil. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 (DM2) abrange 90% dos casos presentes no mundo e tem como causas básicas problemas, inicialmente, relacionados à atuação da insulina nos seus receptores periféricos, associados a um quadro de síndrome metabólica com consequente hiperglicemia. e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo. Portanto, a população de maior risco para o desenvolvimento do DM2, são os indivíduos com dislipidemia, circunferência abdominal aumentada e consequente resistência insulínica que configuram os pacientes atendidos na prática diária de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Além das causas centrais para desenvolvimento de DM2 relacionadas aos hábitos de vida temos o tabagismo definido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS como doença crônica causada pela dependência à nicotina. O tabagista é exposto continuamente a mais de quatro mil substâncias tóxicas, o que faz do tabagismo o fator mais importante de risco, isolado para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que engloba principalmente as doenças

cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras inclusive doenças renais. Estas enfermidades podem facilitar o desenvolvimento de DM2, doença de caráter crônico que acarreta redução da expectativa e qualidade de vida e aumento da mortalidade e morbidade, decorrentes de complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença cardíaca isquêmica, infarto e doença vascular periférica). Estudos sugerem que intervenções são viáveis em UBSFs e promovem melhoria da saúde da população de um modo geral. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce sejam realizadas ações de intervenção. Assim, estudos que avaliam o perfil de usuários do serviço de saúde podem auxiliar na prevenção desses agravos. Diante desta realidade, pergunta-se: como confrontar tal situação nos diferentes segmentos da sociedade, com foco nos indivíduos atendidos nas UBSFs e assim poder intervir na prevenção do DM2 e suas complicações, através de ações de controle. Para tanto, se faz necessário conhecer os hábitos alimentares, prática de exercício físico e condições socioeconômicas nessas populações adscritas de cada UBSF, assim sendo o presente trabalho teve como objetivo relatar a prevalência da prática das mudanças nos hábitos de vida dos pacientes diabéticos e descrever o perfil quanto à idade, sexo e duração da doença nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 com vistas a subsidiar a implementação de ações para prevenção e promoção de saúde eficazes e que melhorem a adesão ao tratamento não-farmacológico. Desenvolvimento do trabalho: Estudo epidemiológico descritivo transversal realizado no município de Campo Grande, MS. A obtenção dos dados se deu por meio do preenchimento de

formulário específico pelos pesquisadores mediante inquérito aos pacientes diabético, sujeitos da pesquisa, de uma amostra cujo cálculo amostral teve por base o número de pacientes portadores de DM2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes atendidos no período do estudo, composta por 408 (n) pacientes, sendo 12 de cada uma das 34 UBSF. As informações relativas ao atendimento foram fornecidas pela rede de atenção básica à saúde da região urbana do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, com uma população de 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013 (IBGE, 2013). O preenchimento dos formulários foi condicionado à obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. Para a confecção do banco de dados, planilhas, tabelas e avaliação estatística empregou-se o programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDERP, a coleta de dados teve início após a sua aprovação, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar, orientados e esclarecidos, e informados da necessidade de que o seu consentimento fosse expresso mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma que foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Dos 408 pacientes que responderam ao inquérito: 0,5% relataram realizar apenas exercício físico; 1,6% declaram realizar adequadamente dieta alimentar com atividade física regular, sem necessitar de medicações; 17,5% relataram uso do medicamento em associação com a dieta alimentar; 5,1% declararam uso do medicamento em associação com exercício físico regular; 19,7% relataram apenas utilizar o medicamento; e a maioria 54,2% declarou utilizar o medicamento em

associação com atividade física diária e dieta alimentar. Apenas 0,6% descreveram não terem sido orientados por nenhum profissional da saúde sobre os hábitos de vida. Considerações finais: O percentual estimado entre os pacientes diabéticos acompanhados nas UBSF que relataram a realização correta de atividade física regular mais dieta alimentar em associação com o tratamento medicamentoso foi de 54,2%. Infelizmente, considera-se uma taxa baixa de adesão, visto que aproximadamente metade dos pacientes relatou não realizar nenhum ou algum plano de ação não terapêutico. A mudança no estilo de vida (dieta balanceada, aumento na atividade física e controle do peso corpóreo), sustentada por um programa de educação e apoio contínuo (estratégias de baixa complexidade, alta objetividade e baixo custo), visa obter uma redução dos casos de complicações ocasionadas pela DM2, como retinopatia, pé diabético e nefropatias, por meio do controle glicêmico; representando, então, benefícios econômicos tanto a curto quanto em longo prazo. A literatura demonstra que para obter resultados positivos no tratamento e controle do DM, em primeiro lugar o portador da enfermidade deve ser conscientizado sobre todos os seus aspectos. Para que isso seja feito, a educação em diabetes exerce um papel fundamental, pois por meio dela o doente se conscientiza que é portador de um quadro grave e incurável, porém compatível com uma boa qualidade de vida, se for mantido um bom controle metabólico. A educação em diabetes tem como principal objetivo modificar o comportamento do indivíduo quanto à aceitação, ao conhecimento e ao controle de sua patologia, buscando superar dificuldades em favor de seu bem-estar físico, psíquico e social. Dessa maneira, melhora-se a qualidade de vida da pessoa com diabetes.

MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Alessandro Diogo De-Carli

Palavras-chave: Avaliação, Estratégia Saúde da Família, Educação de Pós-Graduação

APRESENTAÇÃO: A Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção à saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); os princípios que a caracterizam estão em consonância às diretrizes da atenção primária à saúde. (GIL, 2006). Para que estas diretrizes sejam contempladas, os profissionais de saúde precisam ter competências que fogem ao seu núcleo de formação, demandando estratégias que possibilitem a adequação destas para contemplar as necessidades do SUS. Assim, espera-se que os recursos humanos inseridos na ESF sejam capazes de atuar de forma interdisciplinar e integralmente, na manutenção da saúde de seus usuários (SAUPE et al, 2005; CARVALHO et al, 2006). Em se tratando de competências para a atuação na área da saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem se limitado a apoiar e fortalecer competências já existentes (ANDRÉ et al, 2013). Para que os profissionais atuassem segundo os pressupostos apresentados, foi preciso adotar medidas para ampliar as competências, principalmente daqueles já inseridos no SUS. O Ministério da Saúde, através da Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS), vem promovendo cursos de especialização para qualificação desses profissionais, através de cursos a distância, permitindo desta forma o alcance dos profissionais dos mais diversos pontos do país (BRASIL, 2010). Assim, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em parceria com a UNA-SUS, Fiocruz – Mato Grosso do Sul e com as Secretarias Estadual

e Municipal de Saúde, vêm promovendo o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), desde agosto de 2010, a distância. Qualificaram-se, até o momento, cerca de 1.000 profissionais na especialidade de Saúde da Família de todo o estado. Tendo finalizado o curso de duas turmas dessa especialização, faz-se necessário verificar se os objetivos foram ou não alcançados, se o ensino foi promotor de ações transformadoras da realidade, considerando-se o planejamento e a superação de fragilidades desse processo para a formação das turmas futuras. A necessidade de se avaliar o processo de ensino-aprendizagem se justifica porque os cursos em questão são realizados com recursos públicos, os quais devem ser empregados de forma a possibilitar impactos positivos, especialmente na área da saúde, setor crítico para o avanço do desenvolvimento da sociedade. O objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência de mudanças no processo de trabalho de profissionais egressos do CEABSF, tendo como eixo norteador a aplicação dos atributos da APS (ANDRÉ et al, 2013) e das diretrizes apontadas na Portaria 2488 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). OBJETIVO: verificar a ocorrência de mudanças no processo de trabalho dos profissionais egressos de um Curso de Especialização em Saúde da Família. MÉTODOS: Trata-se de um estudo quantitativo, de corte seccional, baseado em dados primários, realizado no período de fevereiro a abril de 2014, no município de Campo Grande (MS). Os sujeitos do estudo foram os egressos das turmas 1 e 2 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), residentes no município de Campo Grande, MS. Utilizou-se como critério de inclusão o fato de que, para participarem do estudo, os voluntários deveriam estar atuando na mesma equipe de ESF desde o início do curso até um ano após seu

término. O universo da pesquisa foi de 101 profissionais. Destes, 14 profissionais foram excluídos por não aderirem ao critério de inclusão, ficando a amostra composta por 87 indivíduos, dentre os quais 36 eram cirurgiões-dentistas, 48 enfermeiros (as) e 3 médicos (as). Os participantes responderam ao Questionário 01 e 02, que foram elaborados com o auxílio de especialistas da área de saúde coletiva/metodologia científica, tendo seu conteúdo norteador pela realidade local. As informações foram coletadas nos locais de trabalho, através de agendamento prévio. O Questionário 1 foi elaborado em escala Likert (5 níveis), um tipo de escala de resposta psicométrica, utilizada para verificar o nível de concordância relativo a uma afirmação. Essa escala tem sensibilidade a manifestações de qualidade, capta a oposição entre contrários (níveis de concordância e discordância), gradientes e situações intermediárias (PEREIRA, 2001). Os entrevistados foram orientados a escolher entre diversas opções, assinalando a que mais se aproximava da sua atitude ou opinião. Este instrumento abordou as seguintes dimensões relacionadas aos atributos da APS: o entendimento desta como a porta de entrada do sistema de saúde, a atenção centrada no sujeito, a longitudinalidade das ações e o processo de trabalho (SCOREL et al, 2007). As questões constituintes do instrumento de pesquisa versaram sobre o agir em saúde que está sob a governabilidade dos participantes da pesquisa, enquanto trabalhadores em saúde. Não foram questionadas mudanças que envolvam ações de terceiros (recursos materiais/humanos), apesar de não ser possível dissociar completamente estes componentes. Em seguida, os voluntários responderam a quatro questões objetivas compostas por assertivas de “a” a “e” (Questionário 02), as quais admitiam apenas uma resposta e confirmavam ou não as respostas do Questionário 01. Os

dados foram tabulados e submetidos à estatística analítica (Software Stata v.13), considerando-se a significância de 95% ($p < 0,05$). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo nº 1947 (CAAE 0033.0.049.000-11). RESULTADOS: A soma dos escores do questionário não apresentou aderência à distribuição da curva normal (teste Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$), o que indicou a execução de testes estatísticos não-paramétricos. Foi realizado o Teste de Mann-Whitney (para comparação entre o mesmo grupo, considerando dois momentos diferentes) para todas as questões em escala Likert. Todos os questionamentos tiveram diferenças estatisticamente significativas, comparando-se antes e depois da realização do CEABSF ($p < 0,05$). Observamos melhora na adequação do microprocesso de trabalho na ESF. Ao se considerar a soma dos escores das respostas frequentemente e sempre referentes aos principais atributos da APS, a diferença entre antes e depois do curso foi relevante. Em relação ao acolhimento, este era realizado por 33,32% dos profissionais antes do curso e após o curso por 82,75% dos profissionais. A utilização das ferramentas de abordagem familiar era realizada por 12,63% e, após o curso, 40,22% passaram a utilizá-las. Os egressos passaram a utilizar os dados de vigilância em saúde para planejar as ações de promoção à saúde mudando de 20,68% (antes) para 71,26% após o curso. Já os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) passaram a ser considerados em suas ações de intervenção por 71,25% dos profissionais, contrastando com antes do curso, quando 29,88% trabalhavam com os mesmos. A EPS passou a ser uma ação presente dentro das equipes de saúde, de 35,62% previamente ao curso, para 71,25% após o curso. Estes achados são corroborados pelos resultados do somatório dos escores da escala Likert. Antes do curso, a média dos escores foi

de 23 pontos ($\pm 6,85$), com coeficiente de variação de 28,65%; valor mínimo de 10 e máximo de 46, mediana de 22 pontos. Após o curso, a média dos escores foi de 39,94% ($\pm 6,10$), coeficiente de variação de 15,27%; valor mínimo de 26 e máximo de 57 pontos; mediana de 41 pontos. A análise de confiabilidade do Questionário 01, com uso do teste Alpha de Cronbach, resultou em $\alpha_1=0,6949$ e $\alpha_2=0,689$, para as respostas referentes a antes e depois do curso, respectivamente. **CONCLUSÃO:** o curso desencadeou mudanças significativas nos processos de trabalho. No entanto, somente a adequação de competências profissionais não é suficiente para responder às demandas apresentadas pela população.

NARRATIVAS CARTOGRÁFICAS EN CONTEXTOS DE LAS PRÁCTICAS

Margarida Pla Consuegra, Emerson Elias Merhy, Kathleen Tereza da Cruz, Marta Benet Blasco

Palavras-chave: micropolitics, cuidado, trabajo em salud, cartografia

A cartografia ha sido discutida e incorporada como una práctica investigadora por el Grupo de pesquisa Observatório de Políticas e Cuidado de Brasil y la Línea de investigación Micropolíticas de las prácticas y el cuidado en la salud y el bienestar del Grup de Recerca en Societat, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI) en Barcelona. El objetivo de la presentación es poner en común y discutir conjuntamente diferentes narrativas cartográficas a partir de trabajos llevados a cabo en nuestros grupos de investigación. Desde la línea Observatorio de Política e Cuidado iniciamos investigaciones para estudiar las leyes gubernamentales en salud en distintas frentes de cuidado: estudio de la ley de tratamiento del cáncer en mujeres; de la ley del

cuidado en el autismo, en portadores de albinismo y cuidado en el embarazo y parto. La idea central es el estudio de 4 situaciones, a cada frente de cuidado: la genealogía de la ley en foco, los efectos de la ley en el juego de los actores sociales involucrados, los efectos en los indicadores de salud y en la producción del cuidado en el actuar cotidiano del trabajo vivo en acto en salud, acercándose de las redes vivas de existencia de la gente. La construcción de los estudios cartográficos y micropolíticos. Desde la línea Micropolíticas de las prácticas y el cuidado en la salud y el bienestar (Barcelona) iniciamos una investigación para mapear cómo los cambios normativos en materia de salud reproductiva habían capilarizado y transformado las prácticas de cuidado entorno a la maternidad. Iniciamos el trabajo de campo en un Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital comarcal con la intención de construir una investigación de tipo cartográfico. La interacción con los profesionales fue uno de los elementos centrales en todo el proceso construcción de nuestra aproximación cartográfica. Observar el cotidiano de un servicio significaba entrar en sus espacios de trabajo, en sus relaciones entre compañeros/as y con las personas que atendían en su día. Implicaba también poder ver los diferentes "servicios" que se producían simultáneamente. Por un lado, el servicio como espacio de lo instituido con un conjunto de normas explícitas e implícitas, pero también otros muchos espacios informales que no son visibles pero que se pueden construir dentro de la vida formal de una organización. Todas las personas que de alguna manera formaban parte del servicio eran productoras de los múltiples "servicios" posibles, y por tanto, todas ellas podían trazar líneas de fuerza y actuar en diferentes espacios. Requería construir una dimensión investigadora que estuviera

presente en los espacios, en las acciones y en las relaciones; evitando confundir el rol de investigador con la distancia o la ausencia. Construir una dimensión investigadora significaba crear nuevos territorios que permitieran generar rupturas, para no naturalizar y reificar aquello que observábamos, para preguntar, para alejarnos de un colectivo profesional y acercarnos a otro. Pero también para tomar conciencia de las fuerzas que operan en cualquier espacio social, para generar y vencer resistencias y buscar la manera de estar presente en los diferentes espacios y situaciones. En los encuentros con los profesionales iba mos construyendo vínculos y espacios relacionales intercesores. Era necesario que nos situáramos en un plano de producción subjetiva para poder ser tocados por lo invisible y ser capaces de ver como sus acciones se movían en el cuerpo y delineaban territorios existenciales singulares. De alguna forma, creábamos espacios intercesores en nuestras acciones con los y las otras personas nos permitía ver los que ellas construían. Descubrimos que cuidar también formaba parte del devenir cartográfico: ¿Cómo estudiar la producción de cuidado y no producir cuidado al mismo tiempo? En nuestros encuentros íbamos construyendo vínculos y espacios relacionales intercesores, donde éramos afectadas y afectábamos. Operábamos desde un trabajo vivo en acto que permitiera líneas de fuga para ir a otros planos, entre las normas, y comprender. Indagar desde qué territorios existenciales se estaban construyendo sus acciones, sin cuestionarlas, asumiendo una posición comprometida con el derecho a la diferencia y la capacidad de autogobierno de las personas. En este sentido, estábamos produciendo cuidado en nuestros encuentros con los y las participantes, pero también estábamos siendo cuidadas,

porque el proceso no era unidireccional. Íbamos mostrando la cartografía con las personas que trabajaban en el servicio porque ellas sabían y conocían los territorios de prácticas en los cuales intentábamos movernos. Esto implicaba dejarse guiar en sus sugerencias, recomendaciones, señales o situaciones inesperadas en las cuales se nos daba paso, siempre con la mirada atenta a no ser capturada pero desde el convencimiento de que ellas sabían y conocían. Construir las como sujetos de acción que participaban en la investigación, y me daban acceso a nuevos territorios no anticipados. Durante la investigación cartográfica transitamos entre la mirada retina y la mirada vibrante, dibujando el trazo de la cartografía en la dinámica entre ambas, y construyendo de esta manera, la dimensión micropolítica de la investigación. Requerí una actitud atenta para descubrir las expresiones del cuerpo vibrante y un proceso intenso de producir otra mirada para hacer diferentes lecturas del mundo.

NECESSIDADES SOCIAIS E VULNERABILIDADE SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

Nathalie Oliveira Goncalves, Rose Manuela Marta Santos, Luisa Keczyane Batista Cardoso

Palavras-chave: Condições sociais, Saúde pública, Vulnerabilidade social,

INTRODUÇÃO: De acordo com a Constituição Federal, o SUS tem três princípios constitucionais e três princípios organizativos. Os princípios constitucionais trazem a universalização da assistência garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Com isso, as necessidades

sociais básicas são direitos morais dos indivíduos, que vem aliado aos direitos sociais e civis sendo garantido por meio das políticas sociais, cujas formas concretas variam de cultura para cultura. Desta forma, percebe-se a importância do Estado com um meio de garantir a universalização dos direitos sociais e uma adequada oferta do atendimento das necessidades, para que assim impeça a exclusão social daqueles vulneráveis que não são capazes de ter seus interesses garantidos nem ao menos exigidos. Nesse contexto, o termo vulnerabilidade se coloca como uma questão inerente a existência humana. Um indivíduo que se encontra em vulnerabilidade significa estar em condição de suscetibilidade, ou seja, mais sujeito a sofrer algum dano ou agravamento. Dessa forma a bioética da proteção pode ser definida referente ao conceito ético da responsabilidade social, onde o Estado deve dispor das obrigações socioeconômicas para atender toda a população humana, que corresponde às questões de meio ambiente, saneamento básico e garantia de educação e saúde. Seria o Estado assumir o papel de proteção, para assegurar o bem estar da sociedade. Tem como objetivo, analisar as necessidades sociais da população que os colocam em situação de vulnerabilidade social, sob a ótica da bioética da proteção. MÉTODOS: Trata-se de pesquisa qualitativa, foi realizada nas USF do município do interior da Bahia. Utilizaram-se como critérios de inclusão as USF que funcionavam em equipes duplas, pela facilidade de acesso a um maior número de sujeitos do estudo. Assim, tivemos 7 USF participantes do estudo com 14 equipes. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o parecer nº 21807. Para a análise dos dados optou-se pela análise

de conteúdo temática proposta por Bardin onde inicialmente procedeu-se à transcrição na íntegra das entrevistas, posteriormente a pré-análise que buscou contemplar por meio de uma leitura flutuante a constituição do corpus, articulada às questões norteadoras e os objetivos do estudo. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Condições Socioeconômicas levando à uma vulnerabilidade social Observamos que os entrevistados identificam alguns aspectos das condições de vida e trabalho que se apresentam como desfavoráveis para o estabelecimento de uma qualidade de vida dos indivíduos como baixa renda, as dificuldades socioeconômicas, de ambiente e educação sendo caracterizadas como necessidades sociais detectadas pelos enfermeiros. Estas exercem assim, um impacto negativo nos processos de saúde e adoecimento. Como pode ser observado nas falas: E1: nas famílias da área aqui, tem baixa condição socioeconômica [...] E8: a população no geral tem um baixo poder aquisitivo [...] E2: Aqui na unidade tem, baixa renda familiar [...] Nesse contexto a bioética da proteção vem propondo um reconhecimento quanto a garantir uma qualidade de vida a todos os indivíduos como um fator de relevância do Estado, considerando a importância de proteger grupos específicos em situação de vulnerabilidade extrema. Elucida-se ainda quanto a necessidade de proteção aos grupos vulneráveis, colocando a responsabilidade do Estado oferecer uma atenção aos problemas de saúde pública existentes. As precárias condições de vida e saúde de várias camadas da população brasileira são privações de dignidade e liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social. Desta forma, assim como o autor traz, temos verificado nas falas dos entrevistados esse mesmo pensamento. E2: muitas pessoas fazem uso do trabalho informal,

desemprego [...] E4: Há também o alto índice de desemprego [...] E5: o desemprego na área [...] E6: tem o desemprego [...] E7: estrutura para que tenha a socialização da comunidade [...] Dessa forma tem-se que a pobreza é uma forma de estar em situação de vulnerabilidade, uma vez que os indivíduos estão sem condições dignas para sobreviver, estando em muitas circunstâncias sujeitos a serem explorados e muitas vezes sujeitos a testes farmacológicos que estejam em desenvolvimento em troca de dinheiro para sua subsistência. O indivíduo em vulnerabilidade que tem suas necessidades básicas não garantidas, ou encontram dificuldades ao acesso de serviços e garantia aos seus direitos se vê como mais fragilizada e menos digno em qualquer negociação, estando sujeito a uma falta de justiça e igualdade. O princípio da bioética da proteção traz questões para diminuir essas dificuldades, onde a primeira questão se refere à gratuidade, onde o Estado deve garantir gratuitamente a proteção a todos os indivíduos podendo estes aceitar o serviço ou não, isso garantiria a autonomia dos mesmos e evita o paternalismo por parte do Estado; outra questão seria a cobertura efetiva das necessidades do indivíduo suscetível, sendo garantida a proteção com responsabilidade. CONCLUSÃO: A realização deste estudo oportunizou uma compreensão mais abrangente sobre a problemática considerando o contexto complexo que permeia as necessidades sociais. Com isso pode-se inferir com base na bioética, que conceitos referentes questões sanitárias e sociais são inseridos como responsabilidade social e de saúde. E coloca questões relacionados a saúde pública para reforçar que a saúde é um direito do ser humano e que para isso seu acesso deve ser garantido, inclusive garantindo que todos os indivíduos tenham condições de vida dignas e garantia do meio ambiente em equilíbrio; onde se dê a redução da marginalização; a redução da pobreza e do analfabetismo.

NOTA PRÉVIA DE PESQUISA COMPORTAMENTO SUICIDA: AÇÕES SAÚDE MENTAL REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA DO SAMU

Sabrina Lacerda da Silva, Eglê Kohlrausch

O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de saúde mental realizadas pelos profissionais do SAMU durante o atendimento ao indivíduo que apresenta comportamento suicida. No Brasil o SAMU, rede de atenção à saúde mental, Bombeiros e Polícia Militar tem a incumbência de atender as emergências psiquiátricas. As autoras deste projeto têm envolvimento com a temática em estudo, sendo uma delas como Socorrista do SAMU, na Grande Porto Alegre; a outra, como enfermeira e docente na área de Saúde Mental na Escola de Enfermagem da UFRGS. Considerando a questão de pesquisa, “Quais são as ações em saúde mental, realizadas pelos profissionais do suporte básico do SAMU, no atendimento ao indivíduo que apresenta comportamento suicida?”, o objetivo e o referencial teórico adotado, utilizou-se a pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva como metodologia para o estudo. A pesquisa será realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, com profissionais de enfermagem, telefonistas auxiliares de Regulação Médica, e médicos reguladores que trabalham nas Unidades de Suporte Básico de Vida do SAMU/POA. O número de respondentes será definido pelo critério de saturação de dados em pesquisa qualitativa. Os critérios de inclusão definem como participante aquele que é profissional do SAMU/POA, que esteja na ativa, tenha experiência no atendimento a indivíduos que apresentam comportamento suicida, mais de dois anos como profissional de atendimento pré-hospitalar, e aceite conceder entrevista fora do horário de trabalho. Os participantes que atenderem

os critérios de inclusão e concordarem em participar da pesquisa, respondendo ao convite feito por e-mail serão selecionados. A coleta de informações será combinada com o entrevistado. Como estratégia para a coleta de dados foi escolhida a técnica de entrevista semiestruturada. A técnica utilizada para analisar as informações será a análise de conteúdo, com foco na análise temática; porque, essa consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Em atenção aos aspectos éticos, os participantes do estudo terão a garantia de receber o máximo de benefícios e mínimo de riscos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após aceitar o convite para participar da pesquisa, os profissionais irão receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE com todas as informações sobre esta pesquisa, em duas vias de igual teor (uma para o entrevistado, outra para as pesquisadoras) para ler e assinar. Este projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, já aprovado conforme Parecer nº 25567, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com Parecer Provisório nº 407045, e está registrado na Plataforma Brasil sob o número 187088. Foi autorizado pela Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências do Município de Porto Alegre e pelo Núcleo de Educação Permanente do SAMU/POA, e aguarda o parecer avaliativo do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para o início do estudo.

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA MACRORREGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA

Rodrigo Momoli, Leticia de Lima Trindade, Junir Antonio Lutinski, Sinval Adalberto Rodrigues Junior

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Trabalhador de Saúde, Notificação

Apresentação: O trabalho na área da saúde é marcado por situações que podem culminar na realização do profissional e, ao mesmo tempo, por fatores potencialmente nocivos à saúde e vida do trabalhador da saúde. Os trabalhadores de saúde (TS) estão comumente expostos a vários agravos à sua saúde inerentes à atividade laboral que exercem. Incluem-se entre elas as situações de risco relacionadas à exposição a micro-organismos patogênicos presentes no ar, sangue ou fluidos orgânicos, além da manipulação de medicamentos, procedimentos repetitivos, contato com o sofrimento e a finitude humana, sobrecarga de trabalho, vínculos instáveis de trabalho, baixa remuneração, e outros aspectos que podem favorecer o adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores envolvidos com a assistência à saúde da população. Deste modo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída em 2012, considera o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença e tem como finalidade definir os princípios, diretrizes e estratégias em prol da atenção integral à saúde do trabalhador, com destaque na vigilância na busca pela promoção e proteção à saúde destes trabalhadores e redução da morbimortalidade. Objetivo: analisar os agravos relacionados à saúde do trabalhador notificados na Macrorregião Oeste de Santa Catarina que acometeram os trabalhadores dos serviços de saúde. Metodologia: Tratou-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, construído mediante análise de dados documentais públicos. Incluíram-se na análise das notificações que envolveram trabalhadores que atuam diretamente ou indiretamente na assistência aos usuários nos diferentes cenários de atenção à saúde sendo estes enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas,

auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, auxiliares médico-legais, agentes de defesa ambiental, técnicos em radiologia, auxiliares de materiais, bioquímicos, técnicos em laboratório, além dos estagiários, auxiliares e técnicos-administrativos e profissionais da lavanderia, cozinha e serviços gerais. O cenário de estudo foi o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Regional de Chapecó, o qual é referência em saúde do trabalhador para 76 municípios da Macrorregião Oeste de Santa Catarina. A pesquisa foi desenvolvida junto ao banco de dados públicos deste Centro, entre os meses de abril e maio de 2014, a partir da análise de 360 fichas de notificação oriundas das instituições da sua área de abrangência e registradas em 2012 e 2013. Para tanto, separou-se previamente as fichas de notificação relacionadas aos acidentes e doenças ocupacionais que acometeram os trabalhadores da saúde da Macrorregião Oeste de Santa Catarina no período mencionado. As notificações selecionadas tiveram seus dados organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2010 conforme as variáveis: sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação, município de residência, vínculo empregatício, tipo de exposição, tipo de material biológico de exposição, agente causador, instituição empregadora, parte do corpo atingida e unidade notificadora. A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences 16.0 (SPSS), sendo calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, a média, mediana e o desvio padrão das variáveis numéricas, além dos testes de confiança e o teste de qui-quadrado com valor de significância de $p > 0,05$. Como tratou-se de uma pesquisa documental em registros públicos a pesquisa, conforme orienta a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, dispensou

avaliação de um Comitê de Ética, contudo solicitou-se a ciência da Secretaria de Saúde do município de Chapecó para publicação do estudo. Resultados: Entre os anos de 2012 e 2013, o CEREST Regional de Chapecó recebeu 7.856 notificações de agravos em saúde do trabalhador. Em 2012, foram 2.731 notificações; já em 2013, foram registradas 5.125 notificações, um crescimento de 87,7%. Do total de notificações, 360 (4,58%) foram referentes aos agravos que acometeram os trabalhadores da saúde. Dentre estas, observou-se que 52% dos 76 municípios da Macrorregião apresentaram-se silentes com relação aos agravos que acometeram os trabalhadores da saúde. No que se refere ao perfil sociodemográfico, 86% das notificações foram dos trabalhadores da saúde do sexo feminino. A média de idade, no geral, foi de 35,22 anos, sendo a mínima de 18 anos e máxima de 64 anos (DP=9,51 anos). Quando realizada associação entre idade e tipo do agravo obteve-se significância estatística ($p=0,01$) e identificou-se que os acidentes de trabalho com material biológico e os acidentes de trabalho leves e de trajeto acometeram principalmente os trabalhadores de 23 a 47 anos. O agravo mais prevalente foi o acidente com material biológico, seguido do acidente de trabalho leve, acidente de trajeto, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) e o acidente com material químico. Os acidentes com materiais biológicos e os acidentes de trabalho leve foram os agravos que mais acometeram os auxiliares e técnicos de enfermagem, seguidos dos enfermeiros, médicos e dentistas. O principal agente causador dos acidentes com material biológico foram o manejo da medicação ($n=61-39,42\%$), o manejo do paciente ($n=48-32,45\%$), o manejo do lixo ($n=26-19,20\%$) e a lavagem de material ($n=14-9,40\%$). O sangue ($n=158-96,35\%$) foi o principal tipo de material biológico envolvido nestes acidentes, que

acometeram, sobretudo, profissionais de enfermagem (118–71,94%). O nível de associação entre as variáveis tipo de material biológico e ocupação foi significativo ($p=0,01$). Os acidentes de trabalho leve acometeram com maior frequência os agentes comunitários de saúde ($n=54$ –20%). Ainda identificou-se relação entre o tipo de agravo e a ocupação ($p=0,04$). No que se refere à escolaridade, o maior número de agravos foi observado em indivíduos com ensino médio ($n=151$ –55,28%) e superior completo ($n=67$ –24,55%), com associação significativa entre estas variáveis ($p=0,03$). Quanto ao local de trabalho, identificou-se maior ocorrência de agravos na Atenção Básica ($n=196$ –54,4%) seguidos da área hospitalar ($n=146$ –40,6%). O quantitativo de acidentes com materiais biológicos na área hospitalar e na Atenção Básica mostrou-se próximos, contudo na Atenção Básica ocorreram mais acidentes leves. Também a análise estatística revelou associação entre o local de trabalho e tipo de agravos ($p=0,01$), indicando que em determinados cenários prevalecem um tipo de agravo entre parte do corpo atingida e categoria profissional, a mão foi a parte do corpo mais acometida, com destaque entre os profissionais de enfermagem, médicos e profissionais da equipe de saúde bucal. Já os agentes comunitários de saúde tiveram a perna e o pé como a parte do corpo mais atingida. Entre os que atuam nos serviços gerais, há maior acometimento da coluna vertebral, mão e pé. Conclusão: O estudo demonstra uma possível subnotificação das doenças ocupacionais entre os trabalhadores da saúde. Os profissionais de enfermagem apresentaram-se entre os principais acometidos pelos acidentes com material biológico. Estes trabalhadores assistem a população brasileira nos diversos cenários da saúde, por isso, precisam ser figurados como indivíduos que estão sujeitos ao adoecimento físico e psíquico relacionado

ao seu processo e condições de trabalho. Os achados sinalizam a importância do fortalecimento das políticas e ações de prevenção e vigilância dos acidentes de trabalho entre os trabalhadores do setor saúde. Estudos junto a outros CEREST do país podem subsidiar avanços na promoção e proteção do trabalhador da saúde, considerando a consonância e divergência dos achados, e assim nas necessidades singulares de cada e categoria profissional.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: APOIO MATRICIAL E PROCESSOS DE TRABALHO

Karina Prestupa de Sousa, Carla Roberta Ferraz

Palavras-chave: apoio matricial, nasf, processo de trabalho

APRESENTAÇÃO: A pesquisa trata da questão do Apoio Matricial nos processos de trabalho de equipes de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Com base na percepção de profissionais que atuam nestas equipes, este estudo tem como objetivos identificar práticas e ações do processo de trabalho nas quais se observe aplicação do pressuposto teórico e operacional do Apoio Matricial e evidenciar potencialidades e/ou limites relacionados à operacionalização desta ferramenta. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal, qualitativa. Foi realizada nas microrregiões de Cidade Tiradentes e Guaianases, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, no Município de São Paulo. Participaram da pesquisa profissional atuantes no NASF em Unidades Básicas de Saúde da Família nas regiões citadas que se enquadraram no critério de inclusão e que voluntariamente depois de orientados e esclarecidos sobre os objetivos deste estudo concordaram em

participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foi estabelecido como critério de inclusão estar atuando no Núcleo de Apoio a Saúde da Família há no mínimo seis meses. O projeto foi submetido à apreciação da Coordenadoria Regional de Saúde Leste e do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e aprovado pelo Parecer nº 115/11 – CEP/SMS. Cada sujeito foi contatado pessoalmente, por visita às unidades de trabalho, realizadas pelo pesquisador responsável – verificou-se neste momento se o sujeito se enquadrava no critério de inclusão, se sim e após o aceite e assinatura do TCLE, foi realizada a coleta de dados por meio de entrevista, com aplicação de roteiro pré-estabelecido. Para coleta de dados foi utilizado roteiro com pergunta aberta no qual se manteve ênfase no “processo de trabalho do Nasf relacionado à utilização e aplicação da ferramenta Apoio Matricial”. A criação do roteiro foi necessária diante do fato de não ter sido encontrado nenhum instrumento específico, validado pela literatura e que pudesse fundamentar a pesquisa, sendo então utilizados como base conceitos contidos no Caderno de Diretrizes do Nasf. O instrumento de coleta foi subdividido em: dados dos indivíduos (idade, sexo, formação, categoria profissional, especialização e tempo de atuação no Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e uma questão aberta sobre aplicação do Apoio Matricial. Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o procedimento metodológico de análise temática de conteúdo, baseada na lógica da categorização das respostas e falas dos entrevistados. As categorias foram formuladas após exaustiva leitura das respostas e falas dos entrevistados, onde se buscou responder as seguintes questões: O que é o apoio matricial? Em que espaço, de que forma e quando ele é aplicado? Quais as limitações e/ou as possibilidades

para a prática do apoio matricial? Após categorização e análise das respostas dos entrevistados foi realizada a discussão utilizando-se literatura de referência. **RESULTADOS:** Na apresentação e discussão dos resultados as categorias formuladas a partir das falas dos profissionais evidenciaram o Apoio Matricial como espaço de compartilhamento de saberes trabalha em conjunto, capacitação para a equipe de referência e atuação em rede. A operacionalização do Apoio Matricial foi percebida nas reuniões de equipe, nas discussões de casos, em pontuais educações permanentes e em grupos educativos. Os limites e dificuldades colocados se relacionam à lógica do sistema que não permite consultas compartilhadas, demanda excessiva, não corresponsabilização da equipe de referência, busca por atendimentos individuais pelas especialidades, falta de reflexão sobre as práticas realizadas e rotatividade dos profissionais que compõem as equipes. Como possibilidades e propostas foram citadas: criação de espaços de educação permanente, bloqueio de agenda dos profissionais médico e enfermeiro para as consultas compartilhadas, realização de ações conjuntas entre equipes e ampliação da visão para a aplicação do apoio matricial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio deste estudo foi possível conhecer alguns aspectos do processo de trabalho das equipes NASF junto à equipes de saúde da família, identificando práticas e ações deste processo que indicam a aplicação do Apoio matricial e evidenciando também limites, dificuldades, possibilidades e potencialidades para a sua operacionalização. As percepções dos profissionais que atuam nos NASF estão ligadas àquilo que este representa para eles: compartilhamento de saberes trabalho em conjunto, capacitação para a equipe de referência e atuação em rede. Nota-se também que as práticas e ações do dia a dia

são executadas objetivando a aplicação do pressuposto do apoio Matricial, buscando que se efetive nas reuniões de equipe, nas discussões de casos, em pontuais educações permanentes e até em grupos educativos ou de orientação – porém, ainda há que se trilhar um caminho para que este arranjo organizacional passe a ser incorporado e visto como fundamental para o trabalho das equipes – e pensado enquanto se faz. Como principais limites e dificuldades foram colocados questões relacionadas à lógica do sistema que não permite consultas compartilhadas com os profissionais de nível superior das equipes de referência, a demanda excessiva que conseqüentemente angustia as equipes de saúde da família em “passar” casos e impede o matriciamento durante as mesmas, a transferência de responsabilidade e a não corresponsabilização da equipe de referência, a busca por atendimentos individuais pelas especialidades do NASF, a falta de tempo para refletir e pensar sobre a prática e a rotatividade dos profissionais que compõem as equipes, tanto do NASF quanto da ESF. Apesar de terem sido apontadas estas dificuldades, os profissionais colocam possibilidades e propostas para o apoio matricial, como por exemplo, a criação de espaços de educação permanente – que seja contabilizada em sua produção, a organização de agenda dos profissionais médico e enfermeiro para que estes possam executar consultas compartilhadas com objetivo de matriciamento, a realização de ações em conjunto com as equipes de saúde da família, como por exemplo, o planejamento de grupos educativos e terapêuticos, construção de PTS, etc., e a ampliação da visão para a aplicação do apoio matricial não só em momentos ou espaços pré-determinados, mas, inserindo-o nos processos e ações do trabalho de uma forma natural. Potencialmente o apoio matricial foi visto como facilitador do trabalho

multiprofissional, como aquele que favorece a sensação da segurança de saber que não se está só, e como ferramenta importante para a disseminação de informações. Diante destas colocações entende-se que a ESF e as equipes NASF estão em processo de sintonização – o que é esperado para dispositivos novos e em processo de construção, mais precisamente em relação ao NASF. É importante lembrar que a Atenção Primária no Brasil esta ainda em processo de consolidação e que mudanças na cultura, história e formação dos profissionais de saúde não se dão de forma instantânea, mas são construídas ao longo do tempo – e diante de situações que não condizem com nossas expectativas há de se adotar uma postura de quem acredita que é possível e perseverar enquanto a história se faz, adequando e repensando aquilo que ainda não está de acordo e fortalecendo os fazeres positivos. Enfim, espera-se que esse estudo possibilite a reflexão e que as informações e impressões levantadas a partir da atuação dos profissionais neste recente período de implantação possam oferecer subsídios para a avaliação e adequação das práticas e dos processos de trabalho em questão – ampliando a resolutividade e contribuindo assim com a consolidação da Atenção Primária a Saúde.

O APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE INDISSOCIABILIDADE ENTRE AS PRÁTICAS CLÍNICAS E DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Ricardo Sparapan Pena, Eloa Nogueira de Souza

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Mental, Gestão em Saúde

Esta pesquisa nasce das práticas de formação em saúde desenvolvidas entre docentes e alunos do curso de Psicologia

da Universidade Federal Fluminense - Volta Redonda/RJ (UFF), ligados ao REDESAÚDE: rede de compartilhamento, pesquisa e intervenção, grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ, gestores da Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e também trabalhadores e gestores dos serviços de referência em Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB) do município, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o ambulatório de SM, a unidade de urgência e emergência em saúde mental e o Consultório na Rua (CnR), serviço da AB, mas que se reporta integralmente à ATSM. Em seus objetivos, buscamos analisar a experiência de Apoio Institucional da UFF à gestão da ATSM e dos serviços de SM, conhecendo o modo como o Apoio articula clínica e gestão no território, agregando docentes e alunos do curso de Psicologia, trabalhadores e gestores da SM e AB para o estudo das políticas de SM e tecnologias de gestão no SUS, e promovendo as análises das formas de comunicação estabelecidas entre as equipes de saúde, dos processos de trabalho em curso nos serviços, do acolhimento como ampliação do acesso aos serviços, da cogestão para a tomada de decisões nas equipes, assim como do Apoio Matricial para o fortalecimento da relação entre os serviços de SM e AB. Situados na interface entre a produção de conhecimentos e a parceira da universidade na problematização das políticas de saúde que operam no território onde se localiza, compreendemos que a academia não se dissocia de suas experiências de intervenção pautadas pelo ensino, pesquisa e extensão. Entendendo também que nos inserimos na composição dos territórios de produção de saúde, sustentamos pesquisar os efeitos de nossas práticas, isto é das experiências de apoio da UFF à gestão da SM no SUS de Volta Redonda, em curso desde janeiro de 2015. Nesta tarefa, elegemos o Apoio

Institucional, a partir das elaborações de Paulon e col. (2014), Oliveira (2011), Pasche e Passos (2010) e Campos (2007), como aporte teórico-metodológico para dialogar com a realidade onde se engendra a relação entre a universidade e o SUS. Vemos que o Apoio, como exercício de gestão compartilhada no SUS, atua na qualificação das ações de trabalhadores e gestores, na indissociabilidade entre clínica, gestão e produção de subjetividades no trabalho, assim como afirma que as ofertas em saúde são produtos das relações entre equipes e território, e não apenas procedimentos antecedentes a estas relações. Então, tomando o Apoio como método, promovemos encontros com gestores e trabalhadores dos serviços de saúde mental e da ATSM, e com docentes e alunos do curso de Psicologia, construindo momentos de análise sobre o cuidado à SM em rede, partindo de discussões sobre o cotidiano das equipes e da gestão da política de SM no município. Inicialmente, pensamos em encontros nos territórios entre a universidade, os serviços de SM, a ATSM e os serviços de AB. Mas, devido aos conflitos políticos que tomaram conta do município em 2015, não foi possível contar com a presença da AB e nossas reuniões se dividem em dois momentos distintos: a) encontros de docentes e alunos com as equipes de saúde mental, seus gestores e representantes da ATSM, as quais acontecem nos serviços, e b) reuniões de docentes e alunos com o colegiado de SM, composto pelos gestores dos serviços de SM e da ATSM, e que acontecem na SMS. O único serviço de AB presente nestes momentos, como dito anteriormente, é o CnR. Apostamos que estes encontros provocam interferências nas práticas clínicas e de gestão das políticas de SM em Volta Redonda. As discussões com os alunos constroem textos que registram os movimentos e as análises do que aprendemos e compartilhamos com todos

os atores envolvidos, buscando cartografar (Rolnik, 2011) o conjunto de nossas experimentações no território. Dentre estas experimentações, encontramos alguns nós críticos na relação entre os serviços de SM e no modo como a gestão destes serviços e da ATSM enfrenta o momento de tensões políticas no município. Estas tensões têm provocado o distanciamento da ATSM dos encontros realizados nos serviços, sendo possível a participação da mesma apenas nos encontros que ocorrem na SMS. Vivenciamos, como rastros desta instabilidade, as dificuldades presentes no território para promover as práticas de cuidado em rede, o que inclusive corrobora com ausência de dois serviços que ainda não produziram sentidos para participar dos encontros onde acontecem as experimentações de apoio. A interferência da universidade na produção de redes de cuidado em SM, especificamente neste período, gera um espaço de escuta, de análises e compartilhamento do cuidado. Como exemplo, vimos que as tecnologias clínicas e de gestão abordadas nos encontros posicionam o Apoio Matricial como algo novo para grande parte dos trabalhadores, o que nos convoca a ofertar, como apoiadores, as possibilidades de uma maior aproximação com alguns dispositivos de ampliação da clínica como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a problematização do acolhimento como acesso equânime aos serviços, as discussões compartilhadas sobre a priorização das ações dos serviços com diminuição de trabalhadores, entre outras ofertas que se conectam com novas discussões, como a relação entre os CAPS e a AB. Neste sentido, sobre a corresponsabilização pelo cuidado entre os CAPS e a AB, compreendemos, frente à gradual desmontagem e recomposição das equipes de AB como efeito da instabilidade política, a esterilidade dos arranjos anteriores que buscavam a análise da demanda dos usuários, colocando,

então o Apoio Matricial em cena para dar visibilidade aos nós críticos presentes na relação entre os serviços facilitar a construção de ofertas singulares em saúde. Deste modo, esta pesquisa vai delineando os modos como o Apoio se liga aos processos de trabalho das equipes e da gestão, e como vem descobrindo possibilidades de dar passagem tanto à construção de redes potentes de cuidado em SM, como ao desafio de afirmar radicalmente a produção de conhecimento não pautada apenas pelas teorias anteriores à relação entre a universidade e o território SUS, mas como dobras, efeitos e atualizações do que se processa no território onde a universidade se insere.

O ATENDIMENTO DE PESSOAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Soraia Cassiano Rodrigues

Palavras-chave: Atenção primária, drogas, saúde mental, intervenção breve, redução de danos, matriciamento, integralidade

Para a realização de uma boa assistência na área da dependência química é necessário diversificar as propostas de atendimento e pensá-las como fenômeno social amplo que inclua a ação resultante da intersecção das políticas públicas para a oferta de trabalho, lazer, cultura, educação, moradia e saúde na reinserção social do usuário. Com a mudança do direcionamento da atenção em saúde no país, a atenção primária tornou-se a porta de entrada, através da ESF, para o sistema de saúde. Baseada na integralidade da atenção ao sujeito em sua dimensão biopsicossocial, a atenção primária surge como lugar ideal para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de pessoas em uso de álcool e drogas, e para operacionalizar

os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Este trabalho de revisão bibliográfica tem o objetivo de estudar como é realizado o atendimento às pessoas que fazem uso de álcool e drogas na atenção primária à saúde e propor ações para a superação das lacunas na operacionalização do trabalho em rede. A inserção das Estratégias Diagnósticas e Intervenções Breves (EDIB) e da Redução de Danos na abordagem ao usuário, a humanização da prática dos profissionais, a educação permanente, a supervisão de equipes e a implementação do matriciamento são alguns caminhos apontados através da pesquisa para efetivação da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA E O MUNDO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE SOBRE OS EDITAIS PARA CONCURSOS PÚBLICOS

Diego Menger Cezar, Ivan Gonçalves Ricalde, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Sanitarista, Mercado de Trabalho,

Apresentação: O advento da Reforma Sanitária Brasileira e a busca pelo desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentaram muitos desafios, entre eles a demanda por profissionais qualificados para atuarem nesta nova conformação de gestão e atenção à saúde. A possibilidade de criação de cursos de graduação na área da Saúde Coletiva vem sendo abordada desde o início dos anos 2000, no Brasil, apontando à necessidade de antecipação da formação do Sanitarista como ator na mudança do contexto de saúde vigente até então. O processo de formação de Sanitaristas em nível de graduação é um projeto já institucionalizado em 21 Universidades brasileiras, sendo bem recebido pela gestão nacional do SUS, com

a premissa de que não se justifica esperar o tempo requerido para a graduação nos diversos cursos da área da saúde, para depois capacitar os profissionais em Saúde Coletiva. A modalidade de formação de Sanitarista em nível de graduação inegavelmente adere à consolidação do SUS, cuja estabilidade requer profissionais com perfis não visíveis em quantidade e qualidade requerida pelo sistema. Reconhece-se, portanto, a Saúde Coletiva como um campo científico e âmbito de práticas, e o curso de graduação ajuda na demarcação mais clara dos contornos dessa identidade (BOSI, 2010). Concomitante ao processo de formação desse profissional é necessário indicar ao mercado de trabalho a presença deste novo trabalhador, para diminuir o risco de empregar recursos para formação de um profissional que o mercado não absorverá. As primeiras turmas concluíram a graduação em 2012 e, desde então a inserção profissional destes profissionais vem sendo tema de debates nos meios acadêmicos, nos grupos de egressos e por meio de projetos de pesquisa, mas o eco dessas discussões ainda chega de forma escassa às instâncias colegiadas de gestão do SUS. Este profissional ainda é pouco conhecido pelos gestores de saúde, o que acarreta em escassas oportunidades em concursos públicos. Considerando-se que a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, em seu art. 37^o exige a aprovação em concurso público para a investidura em cargo ou emprego público (BRASIL, 1988), a porta de entrada principal para atuar na área pública, no campo da saúde, é através de concursos públicos. Logo, para a inserção do Sanitarista na gestão do SUS, é necessário o seu provimento através de concursos de provas, ou provas e títulos. Por conta disso, faz-se necessário conhecer as oportunidades de inserção do Sanitarista e Bacharel em Saúde Coletiva no mercado de trabalho por meio de concursos públicos, visto que, segundo Paim (2013), o principal lócus de atuação

do Sanitarista é o SUS como setor público. Então, é pertinente analisar como esse mercado está organizado para absorver estes profissionais formados na graduação, e também quais são os requisitos necessários para a investidura no cargo de Sanitarista nos locais onde já existe esta possibilidade. O objetivo principal desse trabalho é identificar as oportunidades de inserção do Sanitarista na carreira pública, via concurso, e os requisitos para investidura no cargo no âmbito do SUS. Metodologia Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com o uso de procedimentos da pesquisa documental, que tem como objetivo secundário descrever e analisar os editais de concursos públicos para os cargos passíveis de concorrência pelo Sanitarista. Quanto à abordagem da pesquisa, foi utilizada uma perspectiva quantitativa, possibilitando organização e análise dos dados obtidos. A coleta de dados foi realizada por meio de busca de editais para concursos e processos seletivos para o cargo de Bacharel em Saúde Coletiva, Sanitarista e Analista/Técnico/Especialista e Gestão em Saúde em sites especializados em concursos públicos. Foram coletados os documentos provenientes de entidades oficiais (federal, estadual e municipal). Posteriormente, foi feita a análise quantitativa através do programa Microsoft Excel, fornecendo as frequências relativas e absolutas em tabelas, de acordo com as variáveis estudadas. Resultados Foram localizados 22 editais de concursos públicos no período de 2012 a 2015. Deste total, 16 editais (72%) são para o cargo de Sanitarista, 2 editais (9%) para o cargo de Bacharel em Saúde Coletiva. Outros 4 editais (18%) foram localizados, direcionados para cargos como Analista/Técnico/Especialista e Gestão em Saúde. Quanto a esfera de atuação, 9 editais (40%) se referem a esfera municipal, 7 editais (31%) a estadual, 4 (18%) são para atuação em fundações e institutos e 2 (9%) são para cargos em nível federal. Quanto

à remuneração, o vencimento médio dos cargos foi de R\$ 2.866,77 e a carga horária média de 34 horas semanais. Referente aos requisitos para provimento no cargo, 13 editais (59%) eram direcionados para outra graduação seguida de Especialização em Saúde Pública ou Coletiva, 6 editais (27%) eram direcionados para graduados em Saúde Coletiva, e 3 (14%) eram dirigidos a outras graduações da área da saúde sem exigência de especialização. Do total de editais, 9 (40%) exigiam inscrição ou registro em conselho de classe competente. Considerações finais. O desconhecimento da formação do Sanitarista em nível de graduação direciona as vagas para profissionais de outras formações da área da saúde e exigência de especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. E a presente pesquisa corrobora com esta afirmação, visto que a maioria dos concursos para os cargos de Sanitarista ainda não privilegia o profissional formado na graduação. A exigência de inscrição ou registro em conselho de classe aparece como requisito em parte dos editais, sendo uma questão importante a ser destacada quanto à regulamentação da profissão do Bacharel em Saúde Coletiva, pois ainda não há um consenso entre os egressos sobre a constituição de um conselho ou associação de classe. Por fim, concordando com a sugestão de Paim (2013) há pelo menos dois caminhos a serem explorados pelos Bacharéis em Saúde Coletiva: O primeiro procuraria defender que estes entrem na carreira pública no mesmo nível que os profissionais de outras áreas da saúde com diplomas de pós-graduação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública. O segundo apresenta como a indicação de que todos egressos de cursos de graduação e de pós-graduação podem exercer o mesmo tipo de atuação profissional, podendo integrar uma mesma carreira, guardadas as especificidades em termos de formação e títulos acadêmicos específicos para fins remuneratórios e de progressão na carreira.

Espera-se que esta pesquisa permita ampliar o conhecimento de como as instituições e esferas de gestão visualizam o Bacharel em Saúde Coletiva como profissional capaz de concorrer às vagas existentes ao cargo de Sanitaristas e auxiliá-lo na formulação de estratégias para inserção deste profissional no âmbito do SUS.

O CONCEITO NIETZSCHIANO DA GRANDE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA ESTÉTICA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Maria Auxiliadora Maciel de Moraes, Silas Borges Monteiro

Palavras-chave: Educação, Filosofia, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: O resumo é parte do capítulo da tese de doutorado em Educação que trata sobre o tema Saúde, numa perspectiva nietzschiana, estabelecendo crítica sobre os conceitos vigentes em saúde na formação profissional. Nietzsche concebe totalmente o humano no sentido profundo do naturalismo. Assim, o conceito de saúde nietzschiano não é contemplado pela ideia corrente de um tipo que “esbanja” saúde por conservá-la em um perfeito estado de normalidade, cujo critério de retidão e verdade é definido previamente. Pois a saúde está associada com movimento de criação, e proclama como “potência criadora” que, ao mesmo tempo, abarca tanto a vida sã e forte quanto a vida doente, sofredora e declinante; Nietzsche não postula critério de valor à saúde do ser humano. E a fisiologia que compõe a ideia nietzschiana não tem caráter de disciplina científica, contudo ela adquire uma conotação de “artes experimentais”, cuja centralidade está nas temáticas da pluralidade dos instintos e dos afetos, que são interpretados como processos instáveis de quantum de potência. Por isso a investigação fisiológica não se limita

apenas ao âmbito teórico, sendo necessária a experimentação que aumente a potência do quantum, principalmente com questões que preservem a força pulsional. Essa força é singular, pois cada vivente a experimenta como processo fisiológico próprio, e é nutrida pela alimentação, digestão, clima e outras questões que influenciam na constituição orgânica do corpo. E são esses aspectos que movem a fisiologia nietzschiana numa perspectiva orgânica de constituição de si, pois Nietzsche, em *Ecce Homo*, sempre se refere como alguém que procedeu a uma análise sobre si mesmo, relacionando tanto os aspectos externos quanto os internos que influenciaram na dinâmica fisiológica do seu corpo e na singularidade de seu filosofar. Entretanto, a ciência médica determina a saúde e normalidade para o corpo a partir de regras prescritivas, que não são ingênuas e nem neutras, pautadas sob a visão reducionista causal e temporal no processo de tornar-se saudável. Nietzsche discute a ideia da grande saúde como resultante das relações estabelecidas pela força e potência vital. Seu personagem Zaratustra ensina que “há mil saúdes” do corpo múltiplo e criador de si, que busca superar-se e “criar para além de si”. Canguilhem discute sobre “normatividade biológica” numa ideia similar de Nietzsche sobre a grande saúde, na qual se considera o corpo como criador de si, por ser capaz de instituir normas em diferentes momentos do seu estado de saúde e doença. Assim, o corpo biológico não visa somente adquirir um estado normal, mas avança por se tornar normativo, ou seja: ele ultrapassa a própria norma padrão de saúde pré-estabelecida por (re) criar o seu estado de saúde, em diferentes situações adversas, por ser a vida uma polaridade dinâmica entre o normal e o patológico. Então, a doença não se estabelece por algum desvio de uma norma pré-estabelecida prescritiva, mas, sobretudo, por que o vivente exauriu as suas forças para lutar contra as dificuldades em sua vivência.

A saúde canguilheana não está atrelada às orientações verticalizadas pastorais das autoridades e especialistas, mas é da ordem de resposta do processo de individuação em relação à vida. Nesse sentido, rompe-se com o dualismo saúde e doença, já que a anormalidade não existe no ciclo vital. Essas perspectivas sobre saúde são contrárias às definições que circulam na formação em saúde em geral. **DESENVOLVIMENTO:** É um estudo temático, com apreensão teórica conceitual reflexiva e filosófica, cujo objetivo é refletir sobre o conceito de saúde vigente, numa perspectiva nietzschiana da grande saúde. **RESULTADOS:** a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde é entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas ausência de uma doença ou enfermidade”. Entretanto, ela está desvinculada da vida como força vital singular, mantendo uma lógica de permuta valorativa entre as situações: ou saúde ou doença. Moreira refere que essa ideia de “bem-estar” traduz em uma concepção inatingível, uma vez que o seu julgamento de valor é pautado numa meta de alcance universal, o que é impossível dada à incompletude dos processos vitais fisiológicos que são singulares. O conceito sobre saúde da VIII Conferência, a partir do entendimento nietzschiano e canguilheano, aborda o processo de saúde versus doença valorada a partir da relação entre condição de vida, saúde e sociedade, determinado pela realidade macroestrutural, que não considera qualquer possibilidade desviante de alguém conduzir a saúde para si. Caponi problematiza a definição de saúde apresentada pela VIII Conferência Nacional de Saúde e recorda que o conceito de saúde articulado com a sociedade já era próprio da política higienista, que implica o direcionamento de práticas e intervenções no corpo e na vida dos indivíduos, perpetuando o processo de

medicalização. A grande saúde nietzschiana é um movimento de se criar para si uma estética na existência, incorporando o lado trágico da vida que não anula a dor, o sofrimento, a penúria nos estados de saúde-doença. Nos termos aqui tratados, a saúde é uma experiência singular, que diz respeito à diferenciação, à individuação e ao estilo de cada um, em seu próprio processo vital de experimentar a vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nietzsche ensina a arrebentar com o sentido do processo de adoecimento, pois para a medicina a doença se caracteriza por um comportamento desviante do corpo. Para Nietzsche a doença é um estímulo para que o humano se afirme diante do sofrimento físico e/ou psíquico a fim de autossuperar em sua existência. Além do mais, esse ideal de “saúde” traduz uma valoração com princípio de igualdade: todos obterão a pretensa “saúde”, mesmo que seja à custa de mecanismos prescritivos por meio de regras, normas, condutas morais e valores e sentidos falseados de felicidade um exemplo são os excessos de corretivos ao corpo por meio de cirurgias estéticas e os excessos de medicamentos psicofármacos e outros. A saúde na perspectiva fisiológica nietzschiana é entendida como força ativa, uma multiplicidade de impulsos, que se encontra em constante batalha com os processos de ordenação ou desorganização, o que traduz uma permanente criação e re-criação de valores para si própria - o corpo criador, como se refere o personagem Zarathustra. Nesse sentido o corpo se torna como um feixe de forças que se cambia por entre diferentes devires, com potência para criar a “grande saúde” para si, explodindo com o eixo das valorações binárias: espírito e corpo, vida e morte, saúde e doença e, assim, promovendo a desclivagem dos mesmos. A grande saúde trata de evocar o humano, demasiado humano para não se esquecer do longo tempo que nos fizeram acreditar em uma verdade, um juízo moral, um valor

sobre a saúde, doença, loucura, vida, morte. A grande saúde é permitir-se o caos, uma saúde reinventada, ressurgida de si em uma potente marcha para o seu próprio devir. Essa perspectiva da grande saúde é uma maneira estética de se coexistir no processo de formação em saúde, no encontro de alteridade com o outro; além do mais, essa saúde medicalizada é conduzida por um olhar fragmentado das especializações em saúde, que esquarteja o vivente e espalha a sua singularidade a ponto dele não se reconhecer como sendo capaz de olhar para si e determinar as práticas mais elementares de saúde para o seu corpo, em consonância com a efetividade da sua vivência.

O CUIDADO AOS INTERSEXUAIS: EXPLORAÇÃO DO CAMPO

Paula Gaudenzi

Palavras-chave: Cuidado em Saúde, Discursos, Sexualidade

Esta apresentação é parte de um projeto realizado no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Fiocruz. Nosso intuito é analisar as diferentes perspectivas utilizadas nos discursos que visam dar suporte ao manejo tecnológico sobre o corpo intersexual e analisar a experiência da intersexualidade de forma a problematizar quais são as possibilidades desses sujeitos viverem uma vida boa e como os profissionais da saúde podem contribuir. O objetivo geral da pesquisa é oferecer subsídios para o desenvolvimento de linhas de cuidados integrais para os intersexuais e seus familiares de forma a garantir a integralidade, a equidade e o acesso aos serviços de saúde. Visamos propiciar a construção de saberes interdisciplinares e criar espaços participativos de desenvolvimento de competências para os cuidados integrais envolvendo

profissionais e gestores da rede pública, pessoas intersexuais e seus familiares. Nosso interesse é ético e epistemológico. A dimensão ética é evidente, pois a intersexualidade exige daqueles que lidam com o problema uma tomada de decisão. A tomada de decisão é balizada por uma determinada compreensão do fenômeno da sexualidade e da forma de definição do sexo, o que nos remete à perspectiva epistemológica. Hermafroditismo é uma terminologia médica utilizada desde a antiguidade para designar os indivíduos que nasceram com órgãos sexuais ambíguos. A descoberta, no século XX, de que há inúmeras variáveis que supostamente determinam o sexo do indivíduo, fez com que a noção de hermafroditismo fosse repensada e optou-se pelo termo “intersexualismo”. A hegemonia do tratamento cirúrgico “para construir o sexo” iniciou-se na década de 1950, através da notoriedade do psicólogo norte americano John Money para quem as pessoas nascem com identidades neutras e o gênero e o sexo são construídos até os 18 meses. Deste prisma, o comportamento sexual seria resultado dos processos de socialização e não de um “instinto natural”. A ideia preconizada por Money da existência de uma “plasticidade de gênero” sustentava teoricamente a intervenção cirúrgica nos intersexuais nos primeiros meses de vida. Era uma forma de criar “corpos normais” o que, supostamente, evitaria sofrimentos futuros resultantes do estigma social sofrido pelos portadores de corpos que não alcançam a “inteligibilidade social”. A controvérsia é marcada por Milton Diamond que entendia que os hormônios pré-natais afetavam o desenvolvimento do cérebro, levando-os à “masculinização” ou “feminização” de acordo com a quantidade de andrógenos presente no período fetal. Durante a puberdade, os “mensageiros do sexo” ativariam comportamentos e características atribuídas a meninos ou

meninas. O debate que é suscitado é referente ao que é mais decisivo para a identidade de gênero: a socialização ou a biologia. Na década de 1990 três fatores fragilizaram o Protocolo Money: um artigo de Diamond questionando a hipótese de Money; a fundação de uma organização política IntersexSociety of North America, cujos ativistas afirmam complicações em suas vidas sexuais decorrentes das operações realizadas na infância e a produção de trabalhos das ciências sociais que mostravam o caráter de prejuízo e de contingência puramente histórica da norma social em que se assentava o protocolo Money. Em 2006 é criado o Consenso de Chicago que transforma a modalidade de tratamento e recomenda o uso da nomenclatura Desordem do Desenvolvimento Sexual. No início de 2015 foi aprovada na República de Malta uma lei em que a cirurgia é proibida até que os próprios intersexuais optem pela mesma. Vejamos os principais pressupostos epistemológicos dos discursos contemporâneos nos campos médico, psicanalítico e sócio-antropológico que incidem sobre a intersexualidade. Percebemos que o discurso biomédico atual se pauta na ideia de existência de dois sexos, de diferença sexual e de uma identidade sexual rígida. Entende-se que há algo como uma identidade sexual incontestável e que em casos em que a identidade não está bem definida, estamos diante de um distúrbio que é uma “urgência biológica e social”, como referida na Resolução 1664, de 2003, emitida pelo Conselho Federal de Medicina. Entende-se que há algo material que diferencia homens de mulheres e este algo está no corpo. É o caso da teoria dos hormônios pré-natais citado. Entende-se que o corpo é anterior à inscrição cultural, isto é, que haveria uma materialidade anterior à significação e à forma. Ademais, no discurso biomédico, vemos uma relação direta entre a identidade sexual e a

orientação sexual. Nesta concepção há algo como uma heterossexualidade idealizada e compulsória, como nos diz Butler. No campo sócio antropológico o principal movimento é a desnaturalização da diferença entre os sexos. Segundo Laqueur, o modelo dos dois sexos foi uma construção do século XIX. A medicina ocidental do século XVIII pautava-se no modelo do sexo único, inspirado na filosofia neoplatônica de Galeno, que via a mulher como um homem invertido e inferior. Nos fins do século XVIII, era preciso justificar a tradicional desigualdade entre homens e mulheres de modo a torná-la compatível com os ideais igualitários republicanos. O discurso dominante era da diferença biológica das mulheres que as tornava incapazes para exercer as tarefas intelectuais, científicas e políticas dos homens. O modelo dos dois sexos se torna hegemônico. Laqueur nos mostra que as noções de “diferença biológica de sexo” e “diferença cultural de gêneros” não são dados neutros que se impõem à consciência dos cientistas; são ideias informadas por crenças científicas, políticas, filosóficas e religiosas. Problematiza-se o primado da anatomia como lugar que anuncia a sexualidade ou a “verdade dos sujeitos” e se afirma a possibilidade não normatizadora de corporalidades. O movimento Queer coloca em xeque as formas correntes de compreensão das identidades sociais e se apresenta como um contraponto em relação à ideia hegemônica da inevitabilidade de pensar o sexo como dicotômico. A noção de diferença sexual é radicalmente negada e se fala em diluição da identidade sexual. No campo psicanalítico, por sua vez, pouco fala sobre intersexualidade. O campo começou a se interessar pelos intersexuais influenciados pela corrente feminista que ao longo das últimas décadas vem discutindo e problematizando a relação homem-mulher e a militância pela igualdade entre os sexos. Para a psicanálise é impossível

assentar o discurso das diferenças sexuais sobre uma certeza ontológica. Para alguns, Freud busca nos corpos as evidências de uma diferenciação, mas para a psicanálise, feminino e masculino são diferenciados não em razão do real de seus corpos, mas por aquilo que se pode elaborar a partir deles. A psicanálise não abre mão da diferença sexual, como querem os ativistas do movimento Queer. Se masculinos e femininos são iguais em sua condição desejante, por outro lado eles se relacionam por meio do filtro de suas fantasias e jamais se complementam. Homens e mulheres são seres de linguagem e cultura e os gêneros são efeito de práticas discursivas, independentes da anatomo-fisiologia do sexo. É verdade também que se pode interpretar o modelo freudiano da diferença sexual como uma volta ao modelo de sexo único anterior ao iluminismo: uma única energia, a libido, um único significante inconsciente para o desejo, o falo, constituindo subjetividades diferentes a partir da elaboração da mínima diferença, inscrita nos corpos dos sujeitos, como nos diz Kehl. É interessante aproveitar esses diferentes discursos e as pesquisas empíricas sobre a experiência da intersexualidade para debatermos sobre a necessidade da cirurgia precoce em crianças que nascem com genitália ambígua, além do manejo terapêutico social para esta população.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO RURAL

Lucimare Ferraz, Daniela Schoeninger, Paola Pressi, Edlamar Kátia Adamy, Julia Marchett

Palavras-chave: Cuidado, Enfermagem, população rural

Introdução: Os profissionais da área da enfermagem, em seu trabalho cotidiano, deparam-se com muitas situações que

envolvem o tema saúde e trabalho, seja no meio rural ou no meio urbano (RIBEIRO, 2008). Destaca-se, portanto, que a enfermagem deve estar preparada para contribuir de forma positiva com o bem-estar da população em geral. Sabe-se que populações inseridas no meio rural podem ter dificuldades para acessar informações referentes à saúde. Entre as principais dificuldades que se encontra, destaca-se a distância e a falta de disponibilidade diante das atividades desenvolvidas no campo (NOGUEIRA, 2010). A distância e a dispersão demográfica, faz com que a população rural encontre grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço do SUS no seu enfrentamento. Há a necessidade premente de melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com qualidade, visando atender as especificidades da população rural (BRASIL, 2013). Este por sua vez, possui muitas particularidades, o que tem gerado inúmeros questionamentos, debates e pesquisas referentes ao tema no Brasil, especialmente quanto ao processo de desenvolvimento rural e as políticas públicas que são implementadas nesses espaços, a fim de promover um melhor desenvolvimento (OLIVEIRA; PINHEIRO; FERRAZ, 2015). Um dos desafios para a atuação rural é a efetivação das ações de enfermagem, pois essas dificuldades encontradas pelos ruralistas, como distância, descaso, falta de iniciativas públicas, também são enfrentadas pela equipe de saúde, que pode encontrar-se limitada para desenvolver suas ações. Objetivo: conhecer as práticas de cuidados da enfermagem à população rural, apresentadas nos periódicos nacionais da área da saúde nos anos de 1995 a 2014. Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa seguindo a metodologia proposta por Ganong (1987), e teve como questão

norteadora a pergunta: Quais são as práticas de cuidado da enfermagem a população rural brasileira? Para a coleta de informações que respondesse tal questionamento foi acessada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da pesquisa pelos termos: enfermagem; rural e enfermeiro; e pelos descritores: População Rural; Cuidados de Enfermagem. Que foram separados pelo operador booleano 'and'. Foram selecionadas para fazer parte do estudo somente as publicações resultantes de pesquisas nacionais em formato de artigo, dos anos de 1995 a 2014, sendo excluídas monografias, bem como os artigos que não continham pelo menos um destes termos no título: enfermagem, enfermeiro, cuidados de enfermagem, rural, e população rural. Os artigos também deveriam conter informações relevantes sobre o assunto proposto. Como resultado, na pesquisa inicial, foram encontrados 51 artigos, destes 27 eram repetidos, dois eram resultantes de pesquisas internacionais e sete estavam fora do período pré-datado (antes de 1995) e nove não contemplaram o tema/objeto da pesquisa. Após a seleção dos artigos, realizada conforme critérios de inclusão e exclusão, ao final classificaram-se seis estudos. Resultados: a seguir, apresentaremos uma síntese de cada tema encontrado na revisão integrativa. O tema 1 trata-se do "acompanhamento de enfermagem a assentados rurais". De acordo com os autores, o contato com a realidade concreta mostrou a amplitude, a complexidade e a dimensão dos problemas no meio rural. Esses perceberam para que sua intervenção fosse efetiva e eficiente na consecução de seus objetivos e via resolução dos problemas que era necessário compreender profundamente a realidade, e ter uma cosmovisão que abrangesse a totalidade e o engajar, comprometendo-se, juntamente com a comunidade. O tema 2 trata-se das "práticas de enfermeiras

em unidades básicas de saúde rurais". Os resultados dos estudos mostram que o trabalho da enfermeira fica evidente nas ações relacionadas com a educação em saúde, nos trabalhos em grupos, na coleta de material para o preventivo de câncer ginecológico, gerenciamento da unidade ou coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no meio rural. De acordo com os autores as atividades desenvolvidas pela enfermagem nas comunidades rurais são mais difíceis, pois dependem da disponibilidade de tempo das mulheres e homens que estão envolvidos no trabalho agrícola. O tema 3 trata-se da "enfermagem em face aos problemas rurais". O artigo traz que para a solução do problema sanitário rural do Brasil, faz-se necessário um estudo minucioso das condições físicas das populações rurais e do esclarecimento dos problemas, assim como a ampliação da assistência à saúde, da educação sanitária e de métodos profiláticos. O autor aponta que o trabalho de assistência em saúde e de educação sanitária nas zonas rurais do Brasil exige, para ser executado com vantagem, um treinamento mais completo do que atualmente dado às enfermeiras de saúde pública. O tema 4 apresenta os "aspectos da saúde em contextos rurais". As autoras trazem que a prática do cuidado às famílias é um desafio percebido por enfermeiras que atendem em áreas rurais, pelo fato de encarrarem diversas estruturas, culturas, crenças e valores, exigindo negociação do saber profissional com as famílias de complexas dinâmicas e de diferentes gerações. Para as pesquisadoras é importante que a enfermeira saiba reconhecer os aspectos da saúde, conectando-se às necessidades dos indivíduos em contextos rurais e, assim, oportunizando desenvolvimento do cuidado. Destacam a importância de se conhecer mais, em pesquisas futuras, a situação da assistência de enfermagem

nas áreas rurais do Brasil e sobre o ensino de enfermagem rural. O tema 5 apresenta as "produções científicas sobre população rural e enfermagem". Nos resultados, os autores evidenciaram que durante a trajetória profissional da enfermeira que atua em saúde comunitária rural torna-se possível visualizar a precária disponibilidade de serviços de saúde a famílias vivendo em comunidades rurais, bem como um reduzido número de trabalhos científicos publicados sobre a saúde destes grupos. Os pesquisadores verificaram que, ao buscar conhecer essas famílias e seus respectivos modos de identificar, perceber e praticar o cuidado, a enfermagem aproxima-se de práticas em saúde baseadas na compreensão dos fatores socioculturais presentes no território rural. O tema 6 apresenta as "plantas medicinais nos saberes populares em comunidades rurais". Os resultados desta pesquisa citam 51 plantas medicinais utilizadas para amenizar diversos sintomas e doenças que acometem a população rural, a saber: sistema digestivo (19 plantas), respiratório (13 plantas), endócrino (08 plantas), hipertensão (07 plantas), além do tratamento de doenças infecciosas (06 plantas). Segundo os autores, os sujeitos obtêm as plantas medicinais em suas próprias residências e as utilizam, na maioria das vezes, em forma de infusão. Ainda, que os moradores das comunidades rurais, além de utilizarem as plantas medicinais, também utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ESF. Acrescentam que a enfermagem, como ciência do cuidado, deve caminhar em busca da realização do cuidado integral, realizando a promoção e manutenção da saúde dos indivíduos, enfrentando o desafio de tornar as plantas medicinais e as terapias complementares práticas fundamentais do enfermeiro. Conclusão: Conclui-se, pelos estudos apresentados, que a enfermagem desenvolve diversas práticas de cuidado no meio rural. Outrossim, identificou-se a

insipiência de estudos/artigos produzidos/publicados acerca dessa temática. Considera-se importante que mais pesquisas sejam realizadas pela área da Saúde Coletiva sobre o universo do meio e da "população rural".

O CUIDAR EM CASA: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM JOÃO PESSOA-PB

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Adriana Nascimento Gomes, Michelly Santos de Andrade

Palavras-chave: atenção domiciliar, cuidado, implantação

APRESENTAÇÃO: A assistência domiciliar surgiu como prática institucionalizada nos Estados Unidos em 1947, motivada pela necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente. Porém, a utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde só expandiu-se mundialmente nas últimas décadas devido ao avanço da biomedicina. Tal fato gerou mudanças importantes na atenção à saúde, também relacionada a uma crise no modelo hospitalocêntrico, que impactou nas políticas e nas instituições de saúde. Levando os hospitais a ampliarem seus serviços em direção às comunidades e ao domicílio do paciente. Deste modo, o hospital passou a oferecer equipes de saúde e equipamentos necessários para a realização do cuidado domiciliar, almejando a redução de gastos (RREHEM, 2005; OLIVEIRA, 2014). A peculiaridade da atenção domiciliar (AD) de João Pessoa de objetivar, além do apoio aos pacientes egressos de serviços hospitalares, o suporte a pacientes com determinadas necessidades de saúde. Selecionados pela atenção básica, torna o estudo da experiência de sua implementação importante para analisar o movimento de ampliação da abrangência dos serviços de

atenção domiciliar no Brasil para além da desospitalização dos serviços hospitalares. Experiências municipais de aproximação e de suporte de equipes de AD com a atenção básica - como a do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de João Pessoa - foram importante para a redefinição da AD no âmbito do SUS, fortalecida pela promulgação pelo Ministério da Saúde da Portaria 2527 de 2011. Nesse sentido, esse trabalho se propõe a enunciar a experiência do SAD do município de João Pessoa, refletindo, a partir do relato da implementação deste serviço, algumas potências, limites e desafios atuais para a produção do cuidado no domicílio.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A coleta de dados ocorreu de novembro de 2014 a outubro de 2015 a partir do acompanhamento semanal da atenção domiciliar de João Pessoa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O percurso metodológico foi desenvolvido através do uso de quatro estratégias metodológicas: 1) Análise documental a partir de consulta aos documentos produzidos pelos organismos oficiais relacionados ao Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa. 2) Mapeamento do histórico da atenção domiciliar no município, através de entrevistas semiestruturadas com gestores, trabalhadores e usuários do serviço com informantes - chave que atualmente ocupam ou ocuparam cargos de gestão ou de assistência na época do início da AD no município. 3) Registro em caderno de campo. Todos os dados coletados relativos à pesquisa (entrevistas, oficinas, acompanhamento das equipes nos atendimentos, participação nas reuniões técnicas e conversas no corredor do serviço ou durante deslocamento para os domicílios) e observados pelo pesquisador foram anotados no caderno de campo.

RESULTADOS: O início da Atenção Domiciliar (AD) no município de João Pessoa aconteceu

em junho de 2006, quando a SMS realizou a contratação de cinco fisioterapeutas para prestar assistência domiciliar. A necessidade do cuidado fisioterápico mais intensivo para alguns pacientes restritos ao leito já era uma demanda cobrada por usuários do SUS e por seus familiares e cuidadores. Este movimento de mobilização popular e de articulação com a gestão municipal de saúde ganhou força a partir da situação de Rafael [1], um adolescente de quinze anos, que há quase quatro anos estava hospitalizado, decorrente de complicações de uma neurocirurgia de descompressão medular em sua coluna cervical, que o deixou tetraplégico e dependente do auxílio de um respirador. Com o início da AD em João Pessoa, Rafael começou a receber acompanhamento fisioterápico em domicílio, além da atenção da equipe de saúde da família. Apesar de este primeiro paciente caracterizar-se por um caso clássico de desospitalização, a assistência domiciliar em João Pessoa concentrava-se principalmente na relação de suporte a pacientes selecionados pela atenção básica. Esta peculiaridade de João Pessoa diferencia-se das primeiras experiências de AD no Brasil, que, desde a década de 90, foram criadas para responder a demandas institucionais por desospitalização (BRASIL, 2014). A partir da organização da AD, observou-se que a demanda era imensa e que com um fisioterapeuta por distrito seria impossível de prestar uma assistência integral para quem precisava do serviço. A partir de 2009, a SMS de João Pessoa atentou para a necessidade de se fortalecer a assistência domiciliar com o acréscimo de um técnico de enfermagem e um enfermeiro em cada distrito sanitário. Apesar dos avanços na AD de João Pessoa entre 2006 e 2011, a necessidade de cuidados integrais de saúde no domicílio ainda era excessiva em relação à oferta. Mas, com a publicação da Portaria 2.527 do Ministério da Saúde

em 2011, surgiu, pela primeira vez, a possibilidade de financiamento federal para a implementação e fortalecimento de serviços de AD (BRASIL, 2011). Deste modo, viabilizou-se a reestruturação deste serviço, dentro dos moldes desta portaria, seguindo-se um processo de implantação gradual, com a aquisição de recursos materiais e a seleção dos profissionais de saúde para as primeiras cinco Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) - que são equipes de referência da AD, formadas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta (ou assistente social) e técnicos de enfermagem - e três Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) - que são compostas por outros profissionais de saúde que dão suporte a até três EMADs. Atualmente, a AD é regulamentada pela Portaria 963 do Ministério da Saúde de 27 de maio de 2013, que redefiniu atenção domiciliar no âmbito do SUS, através do Programa Melhor em Casa. Hoje através do Programa Melhor em Casa, o SAD dá cobertura a todo o território de João Pessoa, através de sete EMADs e três EMAPs, que dão suporte e complementam as ações das EMADs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir de nossa pesquisa, vimos que o entendimento da AD como modalidade de cuidado ainda é marcada pela compreensão de troca de nível de atenção, nos casos da necessidade da desospitalização, ou a de atenção complementar e expansão da cobertura, quando dá suporte aos pacientes acamados das equipes da saúde da família. Há ainda uma pequena reflexão - tanto por parte dos profissionais e gestores da AD, quanto dos demais serviços de saúde do município - de que a atenção domiciliar pode representar uma modalidade substitutiva do cuidado, através da apreensão de tecnologias necessárias para renovar as práticas de saúde tradicionais influenciadas pelo modelo tecno-assistencial biomédico, de forma a produzir um cuidado cooperado com a população e preocupado com

sua autonomia e integralidade. Mas, os pesquisadores envolvidos com a produção do cuidado, têm acompanhado e se surpreendido com a potência de diversos encontros entre trabalhadores, usuários e familiares no domicílio. A atenção domiciliar permanece como um campo fértil para a criação de novas práticas de produção de cuidado, que tenham como foco a autonomia e integralidade dos sujeitos para mudanças nos processos de trabalho e gestão, de forma a valorizar práticas interdisciplinares, cooperativas e criativas.

O DESAFIO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Adilson Ribeiro dos Santos, Alba Benemerita Alves Vilela, Rose Manuela Marta Santos, Túlio Batista Franco

Palavras-chave: Trabalho, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família – ESF configura-se como um local de produção do cuidado, inicialmente alicerçado nos pilares da promoção da saúde, ou como porta de entrada preferencial dos usuários do sistema de saúde, mas que ao instalar-se nas comunidades assumiu diversas formas no seu processo de trabalho e um fazer cotidiano singular. Tem na micropolítica do seu processo de trabalho um fazer cotidiano em redes dentro e fora da equipe multiprofissional e no diálogo constante entre os trabalhadores. Seus objetivos baseiam-se na construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. A importância da ESF é notória no sistema de saúde brasileiro,

principalmente na região nordeste, onde obteve impacto significativo nos indicadores de saúde em razão da pouca oferta de serviços ali existentes. Nessa mesma perspectiva o objetivo do ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no modelo médico hegemônico. Nesse modelo, considerado contra-hegemônico, a perspectiva da atenção foi pensada em um trabalho centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, de modo a possibilitar às equipes da ESF uma compreensão ampliada das dinâmicas socioafetivas, que se dão no processo saúde - doença. Ao longo de seus 20 anos a ESF vêm dividindo espaços com lógicas paralelas de atenção à saúde, sendo atravessada pelo modelo biomédico e pela lógica produtivista de produção do cuidado em saúde. Desse modo, assistimos hoje os esforços empreendidos por profissionais, pesquisadores e demais interessados na defesa do projeto que nasceu com a perspectiva de promover uma nova ordem na atenção à saúde dos brasileiros, em especial das classes socialmente vulneráveis e sem acesso aos serviços de saúde. Na composição de sua equipe, o aspecto multiprofissional é uma das prerrogativas do processo de trabalho na ESF. De acordo com a Portaria nº2488, de 2012, a equipe é composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Como fruto de uma experiência na ESF, este estudo

teve como objetivo analisar o processo de trabalho na perspectiva do trabalho multiprofissional. MÉTODO: Usamos a cartografia para a construção deste estudo. A cartografia pode ser compreendida como uma forma de produção do conhecimento formulado por GuillesDelleuze e Félix Guatarri. A cartografia acompanha e faz-se ao mesmo tempo em que o desmanche de certos mundos, sua perda de sentido e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Este estudo aconteceu em uma equipe da ESF de um município de pequeno porte do sul da Bahia e como participantes tivemos todos os trabalhadores da equipe. Para a produção dos dados utilizamos a observação participante, a realização de entrevistas e anotações de diário de bordo. De acordo com as recomendações éticas, este estudo foi acompanhado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, atendendo as recomendações da Resolução nº 466, de 2012. RESULTADOS: Como um modelo contrahegemônico, a ESF traz como uma de suas diretrizes o trabalho multiprofissional, balizado pelo diálogo entre os trabalhadores, trabalho em rede dentro da própria equipe e em conexão com outros serviços, na perspectiva de resolução das demandas apresentadas pelos usuários. Com a finalidade de operar o cuidado à saúde na lógica da promoção da saúde e no cuidado integral, tendo o usuário como centro do processo de trabalho, a ESF é atravessada por outras lógicas que tem se apresentado como desafios na consolidação desse modelo. Um dos gargalos ainda presente é a herança da formação de muitos profissionais alicerçada no modelo biomédico e no processo de trabalho centrado nas tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias relacionais (leves). Imerso no processo de trabalho da

equipe da ESF, dando língua aos afetos que pedem passagem, surge um distanciamento dos profissionais da odontologia com os demais membros da equipe. Após seu turno de trabalho, em um diálogo com a equipe da odontologia, com o consultório com uma temperatura muito baixa, começo a observar as relações ali dentro cristalizadas entre os profissionais que promovem a saúde bucal daquela unidade. Iniciamos o diálogo. Com um sentimento de não pertencimento, o cirurgião-dentista expressa-se: “Não existem interações com os membros da equipe, as minhas dúvidas são tiradas com o coordenador. Acho que a gente aqui, a odontologia, é um pouco excluída das coisas aí de fora, eu acho assim. Só temos dois ACS que dão assistência aqui” (Entrevista 01). Com um processo de trabalho centrado em ações individuais, a equipe da odontologia não consegue se integrar nas atividades da equipe. Ao longo de algumas atividades, saltam-se as investidas da enfermeira em promover essa integração. Apesar de um distanciamento, o profissional reconhece em seu fazer diário a presença dos elementos que atravessam a ESF em sua perspectiva da promoção da saúde. A dinâmica do processo de trabalho é a troca de experiência. A ASB já desenvolve seu trabalho aqui. Ela da conta das consultas, da esterilização do material (Entrevista 01). Muito do que sei eu aprendi aqui. Tanto no consultório com o dentista como com o pessoal lá fora. Algumas diretrizes eu aprendi aqui, trocando conhecimento (Entrevista 02). O trabalho em equipe é um desafio que deve ser enfrentado todos os dias para melhoria da integralidade da assistência. Percebe-se em nossas equipes que os profissionais trabalham isolados, muitas vezes sem discussão de condutas pelos envolvidos, o que compromete a qualidade da assistência e o foco do trabalho na ESF. Como uma problemática percebida no processo de trabalho, a formação em

saúde é apontada como um dos fatores que dificultam a interação entre os membros da equipe, uma vez que alguns profissionais citam não terem sido formados em um modelo que considere a interação entre os membros da equipe. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar de se constituir como um princípio básico do processo de trabalho na ESF, a atuação multiprofissional, ainda enfrenta desafios reais como a falta de diálogo entre os profissionais. Além disso, destaca outras lógicas que operam sobre a ESF como o modelo produtivista, biomédico que aceitam o fazer dos profissionais e desestabilizam os caminhos da promoção da saúde. A formação voltada nos pilares do modelo biológico, procedimento centrado também se faz presente como um fator que impede a integração entre os profissionais da ESF. Por conseguinte, percebemos o desafio da promoção de um processo de trabalho dialógico que coloque em cena todos os trabalhadores na promoção do cuidado na ESF.

O DIREITO A SAÚDE: COMO A FALTA DE INFRAESTRUTURA PODE REPERCUTIR NO PROCESSO DE TRABALHO

Andréa Carla Reis Andrade, Amanda Beatriz de Barros Pimentel, Ana Carolina Bezerra de Lima, Ana Maria de Araújo Loiola, Andresa Maria da Silva Santana, Andressa Albuquerque da Silva, Andreza do Carmo de Albuquerque Pôrto, Lygia Maria Pereira da Silva

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho, Condições de Trabalho, Enfermagem em Emergência

APRESENTAÇÃO: A necessidade do acesso à saúde, juntamente com a luta das organizações da sociedade civil pelo acesso universal e igualitário resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios

doutrinários do SUS, universalidade, integralidade e equidade, garantem ao cidadão o acesso à assistência a saúde em todos os âmbitos, em todas as fases da sua vida. Dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde está o enfermeiro. Este precisa desenvolver suas atividades em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes. Outro fator a ser atentado é o que se refere à infraestrutura adequada para a realização da assistência. A emergência pediátrica de um grande hospital de referência em Pernambuco encontra-se em reforma, influenciando no processo de trabalho e repercutindo na realização da assistência, além da violação dos direitos de profissionais, em particular do enfermeiro, e das crianças. Por meio do presente estudo foi estimulada a discussão da situação da emergência pediátrica de um hospital público de referência no Recife com o que está disposto na Lei Orgânica do SUS e no Código de ética dos profissionais de enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso realizado por alunas do 4º módulo do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco-UPE e foi desenvolvido no setor de Emergência Pediátrica (EP) de um hospital público de ensino e referência na área de urgência e emergência, localizado na região central do município de Recife, no estado de Pernambuco no período de outubro a dezembro de 2014. Os dados foram coletados a partir da observação e de entrevistas semiestruturadas realizadas com cinco profissionais da equipe multidisciplinar atuante na emergência pediátrica, dentre as quais três eram enfermeiras. As entrevistas foram transcritas e analisadas a partir da técnica de análise de conteúdos, na qual as falas foram enquadradas em temas: A criança não é prioridade; O

trabalho é estressante para o profissional e as subcategorias: Mudança na estrutura resultou em queda do nível de trabalho e As condições de assistência atuais causaram alteração no processo de trabalho; As condições de assistência atuais como uma violação de direitos, com as subcategorias: Violação de direitos da criança e Violação dos direitos do profissional. Resultados: Ao analisarmos a Lei 8.080/90, que assegura a qualquer cidadão o direito ao acesso a saúde de qualidade, vimos que a criança não é tratada de forma equânime. Em Pernambuco, a gestão pública não vem priorizando esse grupo populacional considerado vulnerável e necessitado de uma atenção diferenciada. Isso pôde ser constatado na situação da Emergência Pediátrica do referido hospital, a qual espera pela realização de uma reforma e funciona de maneira improvisada no mesmo andar juntamente com as enfermarias pediátricas. Como não existe um local apropriado para o funcionamento da emergência, as condições da assistência sofreram alterações. No que diz respeito ao processo de trabalho da equipe, verificou-se uma queda do nível de trabalho dos profissionais. O ambiente, as condições para a realização do trabalho, assim como para o repouso determinam a atuação do profissional, tendo uma influência negativa em sua produção. Os aspectos físicos do ambiente predominam entre os fatores responsáveis pela queda do nível de trabalho e mal estar do profissional. O cenário em que se efetua o trabalho e a falta de provisão de condições mínimas para a atuação profissional contribui para o desgaste da equipe de saúde. Dessa forma, a assistência tende a ficar fragilizada, muitas vezes não atingindo seu objetivo de atender integralmente o indivíduo comprometendo também a satisfação profissional. Somando-se a isso, identificou-se o desgaste físico e mental dos profissionais. Estes, por trabalharem em ambiente hospitalar e principalmente numa emergência são

mais susceptíveis a sofrerem danos à integridade física e psicológica devido às condições de trabalho em que se encontraram e isso interfere diretamente na efetivação do trabalho e na vida pessoal. Estes possíveis comprometimentos à saúde estão relacionados ao ambiente de trabalho em que convivem e ao descaso do poder público com a situação do hospital. Apesar disso, a maioria das enfermeiras, que atuavam no hospital se sentia feliz por terem seguido esta carreira, trabalharem na emergência pediátrica e terem a possibilidade de salvar a vida de crianças e ajudar na melhora do estado de saúde delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com base nisto, concluímos que o ambiente de trabalho, a falta de infraestrutura e condições de trabalho afetam diretamente na execução da assistência na emergência pediátrica. A enfermagem, por estar diretamente em contato com o paciente e demandar diversas outras obrigações é uma das categorias profissionais mais lesadas com a situação. O poder público deve priorizar grupos específicos como as crianças e melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros e dos outros profissionais. Grupos como o Conselho Estadual de Saúde, os órgãos de classe dos profissionais que trabalham na emergência e a população devem se mobilizar e exigir dos gestores a execução da reforma da emergência pediátrica e efetivar os princípios do SUS que têm como alvo tanto os usuários quanto os trabalhadores de saúde, visando à oferta da assistência à saúde de qualidade como direito. Elencamos algumas propostas de intervenções, como a efetivação da reforma da emergência pediátrica, com a melhoria da estrutura física, das condições de trabalho e internação com a ampliação do número de leitos, a mobilização de profissionais e usuários pela efetivação da reforma através da captação de assinaturas em favor da mesma, trabalho educativo de empoderamento social com usuários e acompanhantes visando o

reconhecimento dos seus direitos visto que, enquanto cidadãos terão propriedade para exercer o controle social e atuar enquanto atores da dinâmica assistencial e reunião com gestores estaduais de Saúde. Destas, o grupo realizou duas intervenções. A primeira foi a captação de assinaturas para um documento a ser enviado ao Ministério Público relatando a situação em que se encontrava a Emergência Pediátrica do referido hospital. Além disso, o grupo se reuniu com o Secretário Estadual de Saúde para discutir a situação e entregar o estudo realizado no local.

O EXAME CITOPATOLÓGICO E OS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A NÃO ADESÃO

Gisetti Corina Gomes Brandão, Tuanny de Souza Gonçalves Benjamim Souza, Jessyka Cruz Rayana Silva Cruz, Grazielle Silveira. Batista Keller Silveira, Juliane Peixoto. Berenguer de Souza Peixoto, Kallyña Gomes Dias Gomes

Palavras-chave: Câncer uterino, Prevenção, Análise Qualitativa

APRESENTAÇÃO: O câncer configura-se atualmente como um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre os diversos tipos, o câncer de colo uterino apresenta-se como um dos principais, decorrente de sua alta incidência, é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Para o surgimento de tal câncer, uma das condições necessárias é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), porém outros fatores contribuem para o surgimento desta patologia como o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce, uso de contraceptivos orais,

baixa condição socioeconômica e baixo nível de escolaridade, porém o câncer do colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando até aproximadamente 100%, quando há o diagnóstico precoce, para tanto a educação em saúde é indispensável para a prevenção do câncer de colo de útero, cuja importância é destacada nas ações de planejamento, execução e avaliação da programação das ações da saúde, em seus diferentes níveis de atuação. O investimento em ações preventivas visa à diminuição da porcentagem de novos casos e a garantia de uma qualidade de vida melhor às mulheres acometidas pela doença. O controle dessa neoplasia dispõe de tecnologia de baixo custo para a prevenção e identificação, através do esfregaço do exame citopatológico. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo compreender os fatores que influenciam a não adesão ao exame citológico das mulheres de uma Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família - ESF do município de Campina Grande-PB. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com enfoque qualitativo, realizada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através do Programa de Educação pelo Trabalho - Redes de Atenção à Saúde (PET-RAS), na linha de Doenças Crônicas - DC com foco em câncer de colo de útero, enfatizando os principais aspectos relacionados à baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico, de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Campina Grande - PB. Foi desenvolvida na UBSF Adalberto César, localizada no bairro do Pedregal, região periférica da cidade. A UBSF é composta por duas equipes básicas, entende-se por equipe básica ou mínima, aquelas que possuem apenas os profissionais Médico, Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de

Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Para a obtenção da população da pesquisa utilizou-se um formulário, dividido por equipe, microárea e agente comunitário de saúde responsável, com as seguintes informações: número do prontuário, iniciais da paciente, ocupação, grau de escolaridade, data de nascimento e idade, além do questionamento sobre a vida sexual ativa. Esses dados foram obtidos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde através das fichas cadastrais das famílias existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, que, além disso, obtêm informações sobre as condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, sendo o principal instrumento de monitoramento das ações da Estratégia Saúde da Família. Participaram da pesquisa usuárias que tinham ou tiveram vida sexual ativa, que não realizaram o exame citopatológico nos últimos 2 anos (2012-2013), que possuíam a capacidade cognitiva preservada e que aceitaram participar da pesquisa. Para obtenção da amostra foram sorteadas 10 mulheres em cada microárea, das 8 existentes, totalizando assim 80 mulheres, destas participaram da pesquisa 42 e as 38 mulheres que são consideradas perdidas se deu-se em virtude de suas ausências no momento da coleta de dados, sendo: 33 que não estavam em suas residências no momento das visitas domiciliares para coleta dos dados, 3 não moravam mais na área de abrangência e 2 foram convocadas para o teste piloto da entrevista semiestruturada, na qual suas respostas não foram consideradas, pois a partir deste teste houveram mudanças nas questões norteadoras. A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2015, mediante a realização de entrevista semiestruturada contendo quatro questões norteadoras referentes à temática exame citopatológico. Através das enfermeiras da

UBSF, foram agendadas com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS para que as entrevistas acontecessem nas residências das usuárias, facilitando a participação das mesmas. Os encontros foram gravados e os dados transcritos na íntegra para posterior análise de conteúdo. Utilizou-se a proposta de análise de Bardin. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sob o parecer Nº. 30212114.6.0000.5182. **RESULTADOS:** O grupo de mulheres entrevistadas constituiu-se de 42 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, com média de idade de 43,97 anos ($\pm 12,648$). Dentre elas, 14 (33,33%) se enquadram na faixa etária de 25 a 35 anos, 9 (21,42%) entre 36 e 45 anos, 9 (21,42%) entre 46 e 55 anos, e 10 (23,80%) de 56 a 64 anos. Em relação ao nível de escolaridade das entrevistadas, 25 (59,52%) possuíam ensino fundamental incompleto; 7 (16,66%) ensino fundamental completo; 6 (14,28%) não sabem ler nem escrever; 2 (4,76%) ensino médio completo; 1 (2,38%) ensino superior completo e 1 (2,38%) sabia apenas ler e escrever. Quanto à situação conjugal, 15 (35,71%) mulheres são casadas, 9 (21,42%) são solteiras, 9 (21,42%) possuem união estável, 5 (11,90%) são viúvas e 4 (9,52%) são divorciadas. Com relação ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, de todas as participantes, 20 (47,61%) relataram ter tido apenas um parceiro, 12 (28,57%) dois parceiros, 1 (2,38%) três parceiros, 1 (2,38%) quatro parceiros, 2 (4,76%) cinco parceiros, 1 (2,38%) oito parceiros, 2 (4,76%) dez parceiros e 1 (2,38%) quinze parceiros. A maioria das entrevistadas (39 - 92,85%) tem filhos e uma parcela ínfima não têm filhos. No que se refere ao número de moradores na residência, a média foi de $\pm 4,1$. Em relação à ocupação das participantes do presente estudo, 27 (64,28%) eram donas de casa, 2 (4,76%) aposentadas, das demais, 13 (30,95%) trabalhavam em

outros ofícios, como doméstica, diarista e costureira. Com relação à renda mensal, a maioria (16 - 38,09%) possuía baixa renda, com valor mensal inferior a um salário mínimo, seguido por 11 (26,19%) com renda de um salário mínimo e 15 (35,71%) com renda superior a um salário mínimo. Quando questionadas se recebiam algum tipo de benefício 34 (80,95%) responderam afirmativamente, destas, 27 (64,28%) recebiam o bolsa família, 3 (7,14%) pensão, 2 (4,76%) aposentadoria, 1 (2,38%) bolsa escola e 1 (2,38%) o benefício auxílio-doença. A análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas resultou em três categorias: "Percepção das usuárias sobre o exame citopatológico"; "Periodicidade na realização do exame preventivo do câncer de colo uterino" e "Os entraves para adesão das usuárias ao exame citopatológico". As mulheres demonstraram conhecimento apenas sobre a finalidade do exame citopatológico de prevenção ao câncer de colo uterino, mas desconheciam a necessidade de realizá-lo periodicamente. Conclusão: Evidenciou-se que mesmo sabendo da sua importância, a vergonha, o medo do resultado, a ausência de sintomas ginecológicos e o próprio descuido são fatores que se sobrepõem a tal importância de realização do exame preventivo. Os resultados sugerem a reflexão dos profissionais da ESF da pesquisa quanto à necessidade de adequar suas práticas às reais necessidades das usuárias que assistem.

O IMPACTO DA TUBERCULOSE NO DESEMPENHO OCUPACIONAL DOS SEUS PORTADORES EM CLÍNICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Thauana dos Santos Fernandes, Ângela Maria Bittencourt

Palavras-chave: Desempenho Ocupacional, Tuberculose, Terapia ocupacional

APRESENTAÇÃO: A tuberculose é considerada uma prioridade do Ministério da Saúde no Brasil e no mundo, representando um sério problema de saúde pública, devido suas repercussões a nível psicológico, social e familiar. O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16^a posição em número absoluto de casos. Nos últimos 10 anos, no Brasil, foram diagnosticados entre 80 e 90 mil casos novos, por ano. De acordo com Ministério da Saúde (MS), o alto número de casos de tuberculose no estado do Rio de Janeiro, faz dele o detentor do maior índice do País. Essa pesquisa tem por base colocar em discussão o impacto que a doença traz ao cotidiano do seu portador, no seu diferente âmbito social, profissional e individual, como também compreender o cuidado da Terapia Ocupacional, a partir dos portadores, e desta forma construir conhecimento que desperte o interesse pela questão da doença. Os sintomas, mais comum são cansaço intenso, sudorese noturna, febre, dor no peito, tosse persistente, hemoptise e perda de peso, os quais interferem na vida do paciente, afetando suas atividades da vida diária, laborativas, familiares, sociais; ocasionando impacto multidimensional, limitação nas esferas físicas, funcionais e psicossociais dos mesmos, Os sintomas da tuberculose, interferem em vários aspectos da vida do paciente, propiciando o aparecimento de quadros de depressão, ansiedade e queda na qualidade de sua vida, afetando o desempenho ocupacional do sujeito Entende-se por desempenho ocupacional às habilidades dos pacientes para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas que têm como objetivo a automanutenção,

a produtividade e o lazer, executadas de modo satisfatório e apropriado para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. Subdivide-se em três componentes que são as áreas do desempenho (incluem as atividades de vida diária ou AVDs, as atividades instrumentais de vida diária ou AIVDs, produtivas, e as de diversão ou lazer), os componentes do desempenho (componentes sensório-motor, cognitivos e os psicológicos e de habilidades psicossociais necessários para o desempenho das tarefas cotidianas) e os contextos do desempenho (aspectos temporais e ambientais). Nesse contexto a Terapeuta Ocupacional destina promover o desempenho ocupacional e estimular o potencial saudável do usuário, tendo a função de prevenir as perdas físicas, emocionais, funcionais e respiratórias ao procurar estimular o indivíduo, no melhor uso possível de suas capacidades remanescente, na tomada de suas próprias decisões, contribuindo para a reconstrução desse cotidiano interrompido, a partir de situações que se transformam em experiência significativa na relação terapeuta-paciente-atividade. **Objetivo:** Identificar o impacto causado no desempenho ocupacional dos portadores de tuberculose e os recursos para Terapia Ocupacional. **METODOLOGIA:** Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Município do Rio de Janeiro parecer nº 316/2010, optou-se pela abordagem pesquisa-ação e a coleta de dados ocorreu pela aplicação de questionários e observação, no intuito de colher suas histórias de vida. Entre os dados coletados foram registradas informações de caráter familiar, social, demográfico e cultural acerca de cada usuário. Foram incluídos todos os pacientes com 18 a 80 anos, de qualquer cor, crença e gênero e que já estejam em tratamento mais de trinta dias vinculado ao posto e excluídos os que ainda não tinham diagnósticos, nem iniciado o

tratamento. **RESULTADOS:** Participaram deste estudo seis usuários, sendo quatro homens e duas mulheres portadores de tuberculose atendidos nos postos de saúde da Zona oeste do Rio de Janeiro, na faixa etária 30 a 80 anos. A baixa escolaridade foi um índice observado, pois somente um entrevistado tem o segundo grau completo. A maioria relatou ser católico, o que favorece a adesão ao tratamento por ter fé e acreditar que Deus pode curar. Foi identificado que a renda familiar é precária, sendo que dos investigados 60% não tem renda e 40% ganham no máximo até dois salários mínimos. Em relação ao vínculo empregatício, 20% se encontram em auxílio doença pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, 60% se encontram desempregados e somente um (20%) está trabalhando nos finais de semana como auxiliar de serviços gerais numa lanchonete. Os resultados encontrados indicaram um relevante déficit no desempenho ocupacional, identificando que a tuberculose favorece a perda progressiva das defesas do organismo que acarretam alteração no auto-cuidado, no que diz respeito aos cuidados pessoais (na alimentação, higiene e cuidar da casa); mobilidade funcional (nas transferências, mobilidade dentro e fora de casa) e na independência fora de casa (ao fazer uso do transportes e fazer compras) que as mesmas encontram-se diminuídas devido ao cansaço, dispneia, fadiga, postura alterada, baixa resistência, capacidade reduzida de movimento, levando-os ao sedentarismo, isolamento e à diminuição da qualidade de vida. Os atendimentos favoreceram elevar a capacidade funcional do portador, por meio da redução dos sintomas (programas de treinamento de exercício para aumentar a tolerância às atividades), reversão da ansiedade, depressão, melhoria da autoestima (técnicas de relaxamento e controle de estresse) e aumentar a capacidade de realizar as atividades da

vida diária, atividades instrumentais da vida diária, educação nos princípios de conservação de energia, simplificação de trabalho, aumentar a tolerância ao exercício pelo aumento gradativo de resistência e a melhoria da qualidade de vida Observou-se que com o decorrer das atividades, ocorreu diminuição de sua capacidade de realizar as AVD devido ao cansaço e diminuição da resistência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa pesquisa nos possibilitou compreender de uma forma mais ampla o impacto causado no desempenho ocupacional de seu portador e a contribuição da terapia ocupacional para esse portador. Sobretudo, as que se referem às perspectivas do processo de enfrentamento da doença. Pode-se observar que os portadores de TB apresentam além das dificuldades físicas (dificuldade de respirar, diminuição de sua resistência), alterações emocionais geradas por intensas angústias, temor e depressão que afeta profundamente seu desempenho ocupacional. A Terapia Ocupacional deve agir como facilitador que habilita o portador a fazer o melhor uso possível das capacidades remanescentes, por meio do estímulo ao autoconhecimento e autocuidado, gerando melhoria na autoestima que o capacitará a tomar suas próprias decisões, assegurando alternativas realísticas e significativas para sua vida. E é partir dos atendimentos e oficinas que faz os portadores a se vincularem a terapia Ocupacional, ocasionando uma maior adesão ao tratamento e uma melhoria em sua qualidade de vida e de sua resistência física.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Fabrcio Martins Machado Carrijo, Fernando Júnior Alves, Sueli Fonseca da Silva

Palavras-chave: Mães Adolescentes, Crianças, Crescimento, Desenvolvimento Infantil, Ambiente

RESUMO: A infância é uma das fases da vida do homem na qual ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas, é nessa fase que se percebe maior vulnerabilidade aos agravos de saúde. A consulta de enfermagem permite focar a promoção da saúde e a prevenção de doenças a essas crianças, tornando necessário o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por um profissional de saúde, com o intuito de evitar possíveis complicações. Diante disso o objetivo deste estudo é destacar a importância da consulta de enfermagem no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil. PALAVRAS-CHAVE: Mães Adolescentes; Crianças; Crescimento; Desenvolvimento Infantil; Ambiente. APRESENTAÇÃO: A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e consiste na aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e indireta. No momento da consulta, a relação profissional-cliente acontece sob a orientação única do enfermeiro, o que o torna detentor do atendimento às necessidades do cliente em questão. Ao atender crianças no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), é de suma importância que o enfermeiro desenvolva ações educativas efetivas e de sensibilização que enfatizem a atenção à criança e à comunicação com a família. O acompanhamento do CD de crianças que frequentam creches, além de indicar as condições de saúde, pode oferecer subsídios para a implementação de ações de prevenção e promoção de saúde que permita a essa criança atingir um desenvolvimento sadio e harmonioso. Os estudos analisados mostraram a importância de supervisionar o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, pois houve a associação dos atrasos

na linguagem aos problemas ambientais e de estimulação, e não a distúrbios propriamente ditos. O estado nutricional de uma criança também constitui condição fundamental para que ela desenvolva suas aptidões psicomotoras e sociais. Caso ocorra alterações de déficit ou excesso, isto implica em potenciais de agravos à saúde dessa criança. Partindo do pressuposto que a condição de ser filho de mãe adolescente seja considerada um critério de risco de morbimortalidade infantil, a idade materna não tem sido responsabilizada isoladamente por resultados desfavoráveis. Essas crianças apresentam maiores riscos biológicos e agravamento desses riscos em decorrência dos problemas sociais que essas mães enfrentam durante a gravidez e maternidade, e o ambiente que essas crianças convivem. Esses estudos mostraram resultados onde a única diferença estatisticamente significativa, foi a média de idade dos grupos de mães, e em comparação com filhos de mães adultas, não há diferença nas análises das condições de crescimento no tocante ao peso e ao comprimento, portanto esses fatores de risco estão imbricados no modo de vida das mães adolescentes, o que repercute ativamente nas condições de vida de seus filhos. Portanto o objetivo deste estudo é destacar a importância da consulta de enfermagem no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil, pois nessa consulta é possível identificar os fatores de risco e os possíveis prejuízos e efeitos sofridos pela criança nessa fase. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo bibliográfico, e o levantamento foi obtido através da busca em base de dados como BIREME, MEDLINE e SCIELO, no mês de Maio de 2015. Utilizou-se como descritores: Mães adolescentes, Crianças, Crescimento, Desenvolvimento infantil, Ambiente. Foram identificados 235 estudos, entre os anos de 2007 e 2013, e frente aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 10 artigos. 3. RESULTADOS

Através da análise dos dados percebe-se que a enfermagem exerce um papel primordial na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, pois pelo fato de acompanhar todas as modificações da criança, é possível identificar precocemente algumas alterações inadequadas e assim intervir, evitando consequências posteriores. Durante a consulta, a enfermagem tem uma maior aproximação tanto da criança quanto da mãe, permitindo assim identificar falhas no cuidado materno, e sanando dúvidas sobre os cuidados com a criança. 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que, é necessário durante as consultas, a monitorização de cuidados de saúde ainda na infância, para oportunizar as mães cuidadoras a aprendizagem de novos conhecimentos, a troca de experiências, o auxílio nos cuidados domiciliares, através de uma nova dinâmica de fazer a atenção à saúde da criança e da sua família.

O PERFIL DOS ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE BLUMENAU E REGIÃO

Marinês Finco, Judite Hennemann Bertoncini

Palavras-chave: Adolescente, Diabete Mellitus, Condição Crônica, Itinerário terapêutico

O Diabete Mellitus tipo 1-DM1 é a segunda doença crônica mais frequente da infância, é responsável por 90% dos casos de diabetes na infância, no entanto, apenas 50% dos casos são diagnosticados antes dos 15 anos. As doenças crônicas dentre elas o diabetes, são permanentes e para toda vida da pessoa e seus familiares, exigindo adaptações e necessitando enfrentamento das dificuldades, frustrações e conquistas do tratamento. Ao se tratar de crianças e adolescentes, essas adaptações são mais profundas e intensas e espera-se que consigam viver as situações de saúde para

crianças e se desenvolver dentro de suas potencialidades. Consta-se em nossa prática assistencial desenvolvida na rede pública de saúde, aumento dos casos de adolescentes com DM1. Por se tratar de uma fase de muitas transformações ao descobrir o diagnóstico, inicia-se nova fase de adaptação e busca por atendimento pelos serviços disponíveis na rede pública. Percebe-se a necessidade dos serviços de referência estarem preparados para atenderem essas pessoas e seus familiares. Hoje contamos com três serviços de referência ao atendimento das crianças e adolescentes portadores de DM1: a Policlínica e o Núcleo de Apoio ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde, e a Policlínica Universitária da Universidade Regional de Blumenau. Estes serviços atendem exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e constituem-se a referência no nível secundário da atenção para Região do Médio Vale do Itajaí (AMMVI) com sede em Blumenau, atualmente com setenta e oito crianças e adolescentes cadastrados. O objetivo deste resumo é descrever o perfil dos adolescentes com DM1 participantes da pesquisa da dissertação de mestrado "O itinerário Terapêuticos dos adolescentes com diabetes mellitus da rede pública de Blumenau e região". Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória com amostragem de variação máxima. A pesquisa foi realizada nos serviços de referência de Atenção Secundária de adolescentes com DM1 no município de Blumenau, Núcleo de Apoio ao Diabético, Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde e Policlínica Universitária, buscando obter a diversidade dos serviços nas quais esses adolescentes são atendidos. A seleção atendeu os seguintes critérios de inclusão: ser adolescente portador de DM1; ter a idade de doze a dezessete anos, de ambos os sexos; ser atendido por um dos serviços de referência (Núcleo de Apoio ao Diabético, Policlínica SEMUS e Policlínica Universitária)

da AMMVI; ter o diagnóstico estabelecido há pelo menos 1 ano; desejar participar do estudo; ter tempo e disponibilidade para participar da pesquisa. Foram excluídos todos os adolescentes que não eram portadores de DM1; que tinham menos de doze anos ou mais de dezoito anos; que não são atendidos por um dos serviços de referência da região (Núcleo de Apoio ao Diabético, Policlínica SEMUS e Policlínica Universitária); ter diagnóstico estabelecido há menos de 1 ano; que não desejam participar do estudo; não ter tempo e disponibilidade para participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada somente pela pesquisadora responsável por este projeto e iniciou em seis de agosto a dezessete de setembro de 2015, perdurando quarenta e um dias. Inicialmente tentamos vincular a coleta dos dados com as consultas médicas previamente agendadas, pois acreditávamos que facilitaria para os participantes uma vez que já estavam programados neste período. Foram realizadas dezessete idas aos consultórios desses serviços conforme agenda das consultas médicas, nas quais todos os adolescentes que preenchiam os critérios de inclusão convidados aceitaram participar da pesquisa, resultando em seis entrevistas somente. O baixo número de sujeitos participantes neste momento se deu devido a alguns fatores: a demanda desses serviços inclui o atendimento a crianças e adolescentes com outras patologias como obesidade e hipotireoidismo e a falta dos usuários à consulta agendada. A entrevista com o familiar e a realização do ecomapa com os adolescentes se deu em sala reservada a fim de garantir privacidade, sigilo e qualidade nas gravações. Algumas entrevistas se deram antes das consultas médicas e outras após, os adolescentes realizaram o ecomapa após as entrevistas com presença dos familiares. Diante disto, optou-se em realizar ligação telefônica para

convidar os adolescentes e familiares a participarem da pesquisa. Das sete ligações realizadas, foi constatado que dois não eram portadores de DM1, um não recusou, porém ficou protelando o agendamento da entrevista e após quatro ligações à mesma pessoa, entendeu-se o não desejo de participar. Os demais abordados pelo telefone aceitaram prontamente e as quatro entrevistas foram realizadas na casa dos adolescentes e familiares participantes em dia e horário de escolha destes. Nesta ocasião também foi realizado o ecomapa com os adolescentes no domicílio. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra com gravador de áudio mediante autorização dos participantes. As entrevistas iniciaram sempre com a pergunta norteadora: Conte-me como você tem vivenciado o diabetes após descobrir que seu filho(a) tem a doença. Indagações sequenciais foram realizadas baseadas nas respostas dessa primeira pergunta a fim de alcançar os objetivos da pesquisa. A realização do ecomapa deu-se através do preenchimento pelo adolescente do desenho impresso após orientações da pesquisadora. O adolescente se encontrava ao centro do ecomapa e os três círculos a sua volta representavam as relações íntimas, as relações pessoais e as relações ocasionais, conforme se distanciam do centro. Esses círculos foram divididos nas categorias previamente definidas: relações familiares, relações de amizade, relações na escola/trabalho e relações comunitárias. O adolescente foi convidado a escrever nos círculos envoltos a ele os nomes das pessoas que faziam parte de suas relações conforme seus sentimentos e percepções. Após o adolescente preencher os campos, a pesquisadora o questionava quem eram as pessoas no gráfico e escrevia na ficha de observação para posterior auxílio na análise do ecomapa. Participaram da pesquisa dez adolescentes com DM1 e dez

familiares envolvidos diretamente nos seus cuidados. A coleta dos dados iniciou após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, garantia do anonimato, permitindo esclarecimento de dúvidas e após o aceite com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por o adulto e para menores de 18 anos. Os adolescentes participantes tinham de doze a quinze anos, sendo três com doze anos, dois com treze anos, quatro com quatorze anos e um com quinze anos. Sete adolescentes eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Blumenau era o município de residência de oito adolescentes, um era de Pomerode e um residente de Benedito Novo. O tempo de diagnóstico variou de dois a treze anos, um adolescente com dois anos de diagnóstico, dois com três anos, um com quatro anos, dois com cinco anos, um com sete anos, dois com dez anos e um com treze anos. Seis destes adolescentes são atendidos na Policlínica Universitária, três são atendidos no Núcleo de Apoio ao Diabético e um na Policlínica SEMUS. Os familiares que participaram das entrevistas foram quatro mães, três pais, um irmão, uma madrasta e houve uma participação coletiva pai, avô e avó. As transcrições das entrevistas foram feitas pela pesquisadora no dia da coleta ou no máximo no dia seguinte para facilitar os registros. Os dados até este momento encontram-se em fase inicial de análise, porém é possível anteciper que estes adolescentes e familiares encontram-se assistidos pelo serviço de atenção secundária, porém com pouca articulação com a atenção básica. Independe do tempo transcorrido do diagnóstico há carência de informações sobre diabetes por parte dos familiares e dificuldades em acessar alguns insumos essenciais para o tratamento.

O POTENCIAL ANALISADOR DE UMA USUÁRIA-GUIA: UM ESTUDO SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Daniel Emílio da Silva Almeida, Roseli da Costa Oliveira, Danielle Costa Capistrano Chaves, Mônica Garcia Pontes, Ricardo Luiz Narciso Moebus, Vinícius Lana Ferreira, Maria Dajuda Luiz dos Santos

Palavras-chave: Micropolítica do trabalho, cuidado em saúde, avaliação de serviços de saúde, educação permanente, redes de atenção à saúde

APRESENTAÇÃO: Os debates relativos às Redes de Atenção à Saúde frequentemente nos aproximam de discussões voltadas a análises mais clássicas de estruturação de fluxos formais entre níveis hierárquicos de serviços ou das redes temáticas (Psicossocial, Cegonha e etc.), como observamos nos fluxos estruturantes de diversas normativas publicadas pelos órgãos gestores do SUS. Este resumo se propõe a apresentar uma pesquisa com uma perspectiva diferente, que tem como esforço pensar a constituição de redes de atenção à saúde a partir do acompanhamento de uma usuária-guia moradora de Belo Horizonte. O estudo é integrante de pesquisa do “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”, pelo núcleo Minas Gerais. O objetivo geral do estudo é avaliar o processo de produção do cuidado nas redes temáticas do SUS (Merhy, 2013). DESENVOLVIMENTO: Partindo da concepção de que o cuidado é centrado nas tecnologias leves e que todo usuário, assim como os trabalhadores, são patrimônios de saber e devem ser considerados com simetria na produção do cuidado, nos direcionamos para uma pesquisa que

se esforça em considerar o processo de cuidado abordando singularidades e, destas concepções, analisamos e processamos os ruídos decorrentes desta aposta ético-política e da potencialização dos processos de cuidado (Merhy et al, 2014). Como construção metodológica da pesquisa, utilizamos os “usuários-guia”. Estes usuários levaram-nos pelos caminhos produzidos por si na busca de soluções para os seus problemas de saúde. Nesse processo é possível identificar dificuldades tanto do próprio usuário no acesso aos serviços como das próprias equipes, seja na sua organização interna ou na relação com outras equipes de outros serviços ou ainda outras políticas sociais (Merhy et al, 2014). Nessa perspectiva, ultrapassamos a produção do cuidado apenas nas redes institucionais/formais e nos aproximamos da construção das redes existenciais dos usuários. Observamos desejos, perspectivas de mundo, vínculos e todo um universo de conexões que nos permitiram reconhecer tensões existentes na produção do cuidado por dentro das redes formais dos serviços de saúde. Desta forma é que o usuário-guia ultrapassa e vai bem além da construção do caso clínico, mesmo de uma ideia de clínica ampliada. A partir desta construção metodológica, seguimos pela produção de vários analisadores para o processo de cuidado da própria rede (Abrahão et al, 2013). Descreveremos abaixo a história de MS, uma senhora que exigiu muito da rede, e, mesmo hoje, em uma situação mais estabilizada, traz muitas riquezas capazes de guiar a construção de reflexões sobre a produção do cuidado nos serviços de saúde. RESULTADOS: A Senhora MS tem 68 anos. Ela é solteira, sem filhos, possui suporte familiar frágil havendo algum contato com uma irmã e um sobrinho. Morava sozinha e encontrava-se em acompanhamento num Centro de Saúde (CS) que conta com suporte matricial de psiquiatra, assistente social e

farmacêutico, e no Centro de Referência em Saúde Mental (serviço equivalente ao Centro de Apoio Psicossocial III). Era acompanhada anteriormente por outro CS, entretanto não apresentava histórico. MS apresentava alterações do humor, sintomas inespecíficos, grande resistência à pactuações e falta de organização em o seu processo de autocuidado. Frente aos entraves relacionados ao projeto terapêutico da usuária, a equipe do CS opta por buscar suporte à usuária por meio de serviços da Assistência Social. A ESF aciona a Secretaria de Assistência Social para inserção da usuária em um programa que oferecia suporte especializado para família e indivíduo. Não obteve êxito, visto que este era voltado para indivíduos em privação de direitos, critério avaliado como não preenchido pela usuária. Nesse momento a equipe do CS busca outro programa com oferta de cuidadores. Entretanto, novamente houve insucesso, já que a usuária não residia em uma área classificada como de alta vulnerabilidade. Como alternativa, a usuária passou a ser acompanhada com maior intensidade por uma agente comunitária de saúde (ACS). Apresentando vários episódios de hipotensão, a senhora M.S. sofreu uma síncope e foi internada, sem apresentar referência familiar para acompanhamento. Nesta ocasião foi realizada a primeira solicitação de institucionalização, indeferida e vista com resistência pela usuária. Em meio a estas dificuldades, o quadro se agravou e a usuária foi encontrada emagrecida, com confusão mental importante, com a casa em estado de conservação precária, sendo a ACS orientada pelo médico de referência a contatar o SAMU, verificado o risco iminente de morte. Tal situação culminou em nova solicitação de institucionalização que foi deferida e levou a usuária a se mudar. Neste momento, os pesquisadores, já de posse dos relatos da usuária, conheceram a Senhora MS, surpreendendo-se. Esta

parecia outra pessoa. Estabilizada, animada, cheia de desejos. Não estava arredia ou agressiva, como descrita. A equipe de saúde que acompanhou os pesquisadores alertou-nos sobre um assunto proibido: família. Entretanto, no encontro, esse parecia ser o assunto predileto da Senhora MS. Seus relatos sobre religiosidade eram intensos. Apesar da felicidade na instituição onde morava, aspirava outro lar, onde pudesse viver sua religiosidade, ter maior abertura para conviver com o mundo. Com a institucionalização, Senhora MS mudou mais uma vez de área de abrangência. Verificamos que seu histórico era pouco conhecido. Algumas de suas demandas por saúde perderam referência dentro da rede. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos observar, com a descrição da usuária-guia, vários analisadores da rede. Uma usuária que mudava de área de abrangência, sem histórico, sem um detalhamento de seu caminho pela rede, com a perda de seu caminhar clínico, de vida e vínculos. A Senhora MS não se encaixava na carteira de serviços, mesmo que apresentasse demandas importantes com evolução rápida para piora. Sua vida não cabia em protocolos. Uma usuária cheia de desejos e aspirações pulsantes, mas que, no cotidiano dos serviços, não se apresentavam como demandas importantes para construção de seu cuidado. Observamos que, apesar de o município apresentar ofertas de diversas redes estruturadas, regionalização de suas atividades e diversos serviços com fluxos preestabelecidos, algo pareceu fugir do processo de cuidado. Não haveria espaço para demandas singulares da usuária? O que fazer com seus desejos e anseios de vida? Tornou-se evidente a necessidade de uma valorização maior de toda a construção de vida da usuária pela rede, dos processos de mudança, dos pontos que foram discutidos com as equipes de saúde a respeito de seu processo de cuidado. Rapidamente,

observamos vários movimentos. Mesmo em outra área de abrangência, sua antiga equipe passou a se movimentar para se aproximar da usuária em sua nova área de abrangência. Outros tipos de moradia, que considerassem a religiosidade da usuária, passaram a ser consideradas. Discussões sobre o enrijecimento de certos programas e serviços da rede ganharam força. Tivemos a oportunidade de visualizar que o processo de avaliação da rede produziu substrato para reconfigurações de processos de trabalho. Considerando todos como sabidos e buscando uma maior permeabilidade perante a usuária, imundizando-se com seu mundo, tivemos a oportunidade de fomentar a autoanálise de vários temas/situações problema pela rede (Abrahão, 2013). Buscamos trazer com maior intensidade a produção do cuidado para a organização dos serviços de modo a potencializar o próprio cuidado oferecido aos usuários, um exercício que se mostrou potente na reconfiguração dos processos de trabalho e para a produção do conhecimento em saúde (Merhy, 2015).

O PROCESSAMENTO DE EXPERIÊNCIAS COMO DISPOSITIVO PARA A PRODUÇÃO DE PESQUISA E DO CUIDADO EM SAÚDE

Carla Vanessa Lopes

Palavras-chave: pesquisa, cuidado, trabalho

APRESENTAÇÃO: Este é um texto produzido a partir das afecções vividas pelos pesquisadores nas investigações do “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”, pesquisa mais conhecida como Rede de Avaliação Compartilhada

(RAC). Nesse estudo, tomamos o vivido nos encontros em uma rede de saúde como substrato e o que chamamos de “processamento” coletivo de campo como dispositivo de problematização, a fim de extrair aprendizagens do próprio processo da pesquisa, mas também das práticas instituídas em nós e os efeitos desses agires na produção do cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A metodologia utilizada na RAC, denominada de pesquisa interferência, nos remete aos múltiplos encontros entre pesquisadores e protagonistas da produção do cuidado-usuários, trabalhadores e gestores que operam como guias, nos conduzindo pelos caminhos que trilharam no cotidiano. A aposta da pesquisa interferência está num processo de investigação capaz de captar a produção do cuidado em curso e retornar para a rede com acúmulo, mudanças, novos saberes e fazeres de forma permanente, durante todo o decorrer do estudo. No processo de produção da RAC - e de nós mesmos enquanto pesquisadores que pudemos perceber que as intensidades que vivemos - desafios, dilemas, impedimentos, entre outros apontam para a necessidade de momentos de processamento que podem ser entendidos como espaços autoanalíticos e de análise coletiva e de abertura à alteridade. Nos processamentos, analisamos nossas afecções, isto é, a ação que nosso corpo sofre dos outros corpos, os efeitos que os encontros vão produzindo naqueles que participam na produção do cuidado e da pesquisa. Processar o campo de pesquisa é aqui tomado não como recolhimento de evidências e análise de dados, promovendo a cisão clássica entre sujeito e objeto, mas como recolher e avaliar as forças de saber-poder que operam nas práticas, inclusive da própria pesquisa e de seus efeitos. No espaço da produção do cuidado e da pesquisa, vivemos como pesquisadores, trabalhadores e como

usuários(as), compondo mapas analíticos das experiências dos pesquisadores-trabalhadores. Este espaço opera no tensionamento de saberes e não saberes, na produção de estranhamento a partir das narrativas do cotidiano dos serviços e dos casos. Na medida em que entramos nos espaços das unidades, participamos das reuniões de equipe, encontramos o usuário guia, estabelecemos conexões, nos interrogamos: O que fazer agora? Desterritorializamo-nos e descobrimos os muitos outros presentes neste lugar da pesquisa e da produção do pesquisador. Desta forma, a produção da pesquisa e do pesquisador assim como a do cuidado é uma construção em acontecimento com os outros, portanto, é a presença dos outros em nós. Este movimento desacomoda as certezas produzidas pelas leituras formais nas correlações causa - efeito - ação, recolhendo como efeitos a abertura para outros mundos a serem recontados, remontados, memoriados. Nos encontros, nossas intencionalidades vão desaparecendo e as afecções produzidas em relações intercessoras vão dando passagem a outras possibilidades e capacidades de ser e de estar na vida e com outro. Nesse momento, nos identificamos com quem estão ao nosso lado, com sua angústia em buscar respostas, parcerias, ajudas. Vemos juntos que os protocolos, as políticas, e as invenções mais formalizadas não dão respostas satisfatórias aos inúmeros problemas que surgem a cada caso e que pedem a existência de rede, seja ela formal ou não. Lembramos diversos momentos em que vivenciamos situações semelhantes e das invenções que fizemos e que deixamos de fazer, de nossas angústias, medos, frustrações. E, é a partir desse território das incertezas que buscamos construir nossas aprendizagens, no espaço de processamentos destas experiências. Mas o que são, afinal, estes processamentos?

Os encontros do coletivo de pesquisa para o processamento são momentos nos quais narramos nossas experiências e o que nos aconteceu, o que sentimos e experienciamos em nossos corpos. É o momento no qual podemos enunciar aquilo que silenciámos - nossos julgamentos (Como ele não percebe isso? Que serviço confuso! Por que não fez tal coisa?), nossas certezas (Eles deviam fazer assim! O correto seria proceder de tal maneira!), nossas incertezas (o que eu faria nessa situação? Se eu não tiver a resposta certa para esse caso vou decepcionar o outro?). É o espaço em que externalizamos nossas dúvidas e questionamentos: como manejamos isso em nós, diante dos outros? Temos que dar as respostas na condução dos casos? O que eu faço quando julgo que o outro não vê o que eu vejo? O que eu faço com minha sensação de que ele tem que aprender comigo e isso é da minha responsabilidade provocar? O que eu faria se fosse o(a) trabalhador(a) nessa situação? Desse modo, os encontros e processamentos produzem, em ato, novas referências em relação à pesquisa, ao cuidado e à gestão do cuidado em rede; protocolos, normas e fluxos de atendimento são colocados à prova, desconstruídos em prol da produção de singularidades. Nos processamentos, trabalhamos com um conjunto de questões que tem nos possibilitado alcançar os vários planos de afecção vividos. No encontro com trabalhadores, usuários e gestores, o que aprendi para a minha prática de trabalhador da saúde, de pesquisador, sobre os serviços e sobre o usuário? O que percebo em mim (eu profissional de saúde, pesquisador)? Como e o que conheço do serviço, da prática dos trabalhadores e do usuário? Como e o que o usuário movimenta na rede e quais seus efeitos nos trabalhadores e nos pesquisadores? Quais as armadilhas produzidas (por nós mesmos ou por outros) e desarmadas? O que recolhemos quando o usuário entrou mais fortemente

na cena e quando saiu da cena? Como estas aprendizagens podem trazer novas possibilidades para a produção do trabalho em rede? Este é o ponto em que a pesquisa e o cuidado se produzem como uma dobra, na qual ao percorrermos a pesquisa chegamos ao cuidado e ao percorrermos o cuidado chegamos à pesquisa, à produção de nossos conhecimentos e de novas perguntas, num dever cuidador - pesquisador - usuário e usuário - pesquisador - cuidador. E, nesse exercício de se deixar afetar pelos ruídos, os meus e dos outros, recheamos nossas caixas de ferramentas de pesquisador, trabalhador da saúde e usuário com novos saberes, novas estratégias para lidar com a multiplicidade de situações das quais os cotidianos da saúde e da pesquisa são fontes inesgotáveis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O que a pesquisa RAC tem tornado possível formular é que os espaços de processamento não são espaços de interpretação da realidade, mas da experiência das diversas realidades do cotidiano da saúde, na produção do cuidado. Pesquisadores e trabalhadores têm caixa de ferramentas recheadas com experimentações, acontecimentos, mas, também, com representações conceituais, normas, protocolos, etc. É na experimentação, produzindo movimentos, linhas, contornos e torções desenhados nos vários encontros no trabalho em saúde e nesta pesquisa interferência, em constantes tensões e disputas, que vamos produzindo práticas de pesquisa e de cuidado. Intensidades que se atualizam em enunciados e atos.

O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM TERRITÓRIO DE ALTA VULNERABILIDADE

Simone Percinula Andrade da Rocha Barbosa

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde, Estratégia de Saúde da Família, Processo de trabalho, Alta vulnerabilidade, Educação em saúde

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode ser caracterizado pelo conjunto de medidas adotadas no exercício das atribuições, que tem por finalidade a promoção e a prevenção da saúde. As tecnologias que são utilizadas sistematizam as práticas desenvolvidas no cotidiano, e auxiliam para o estreitamento de laços entre a comunidade e a unidade de saúde. Compreendendo o processo de trabalho dos ACS pode-se dizer que suas atividades são predominantemente desenvolvidas na comunidade, na microárea de atuação da estratégia de saúde da família (ESF). O trabalho é desenvolvido num espaço onde há outros profissionais de saúde com o intuito de produzir cuidado à saúde da população. O presente estudo buscou investigar e compreender a atuação dos agentes comunitários de saúde em território de alta vulnerabilidade, acrescentando-se a percepção sobre o SUS, bem como a construção no desenvolvimento do trabalho, além das demandas originadas pela comunidade e o modo que os profissionais da ESF as recebem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Entende-se que no campo da saúde estão envolvidas relações sociais entre os profissionais que realizam o cuidado, os usuários e a subjetividade. Os ACS juntam na prática cotidiana as dimensões de saber - fazer, domínio prático, saber - conhecer e domínio cognitivo, direcionados tanto para as atividades de promoção da saúde quanto para a orientação de indivíduos, de grupos e das populações. Estes profissionais possuem elementos que facilitam o desenvolvimento do trabalho, que são o conhecimento das vivências da comunidade, e o saber que lhes é nato, já que além de profissionais

da saúde são moradores deste território. Neste contexto, esta pesquisa foi realizada de maneira exploratória, explicativa, com estudo de campo e abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados em entrevistas semiestruturadas e submetidas à análise de conteúdo. Foram entrevistados sete ACS lotados na unidade de saúde da família (USF) da Vila dos Pescadores, no município de Cubatão/SP e para a análise dos dados utilizou-se a metodologia da análise de conteúdo. O bairro da Vila dos Pescadores está localizado num terreno de mangue, originado por pescadores artesanais que viviam as margens do rio Casqueiro. Com a migração, a população residente aumentou e conseqüentemente houve a construção de moradias irregulares, como barracos de madeira e palafitas, originando os becos e vielas, que favorecem a presença do tráfico de drogas. **RESULTADOS:** Foram organizados em quatro núcleos temáticos principais: percurso profissional, processo de trabalho, processo de aprendizagem, processo de saúde e a alta vulnerabilidade. No eixo norteador da pesquisa, o processo de trabalho, apurou-se que o trabalho do ACS pode ser observado por diferentes aspectos: identificação da área de abrangência delimitando as fronteiras, cadastramento das famílias, acompanhamento dos usuários classificados como risco, verificação de áreas vulneráveis, detecção precoce de falta de saneamento básico, incluindo ações de educação em saúde. Essas devem ser desenvolvidas em conformidade com as orientações recebidas pela equipe de saúde na USF. A visita domiciliar (VD) é a base para o desenvolvimento do trabalho do ACS. É durante a VD que o ACS conquista a confiança, a credibilidade e facilidade na entrada da equipe multidisciplinar, direcionado para o cuidado daquela família. O momento da visita é tão rico que se podem fazer inúmeras trocas de saberes, experiências, a prevenção e promoção

de saúde, bem como informações da comunidade. O ACS da Vila dos Pescadores para alcançar a confiança do morador, e conseqüentemente a entrada na casa, possui características peculiares, como a de acolher e escutar. Ademais, antes de ser profissional da saúde, o ACS possui o olhar de morador da comunidade representante dentro da USF. E, ser morador da área de abrangência da unidade de saúde possui duas perspectivas distintas: a primeira que o ACS como morador do bairro, compreende a dinâmica em que vivem os moradores, pois conhece as situações vividas no território, já que também faz parte da comunidade, e consegue identificar as áreas de vulnerabilidades locais. Porém, na outra perspectiva, percebe-se que por ser morador do bairro, acarreta numa sobrecarga de trabalho, pois tem dificuldade de delimitar o horário de suas atividades. Conhecer o território em que vive e trabalha favorece na execução das atividades cotidianas, dentro e fora da unidade de saúde, entretanto como todo trabalho, também possui o lado ruim: a jornada que não finda com o término das atividades do dia da unidade de saúde. Existe a facilidade em trabalhar ao lado de casa, já que auxilia na dinâmica profissional e doméstica – a grande maioria dos ACS no Brasil é do gênero feminino –, mas os moradores não conseguem separar o profissional de saúde, do vizinho que trabalha na USF, acarretando em sobrecarga no trabalho. O ACS quando desenvolve seu trabalho dentro da USF, interagindo com a equipe de saúde, alcança maior resolutividade no cumprimento das demandas. O trabalho em equipe é construído a partir da organização das atividades, com o intuito de atender os usuários de forma integral. Para a obtenção do sucesso no atendimento ao público, a equipe multiprofissional precisa de diferentes olhares, saberes e fazeres, compartilhando seus conhecimentos e, esse

modo de trabalho resulta no fortalecimento das ações elaboradas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desta forma, concluímos que há necessidade de fortalecer o trabalho dos agentes comunitários de saúde junto à equipe multiprofissional, pois se identificou que os problemas enfrentados podem estar relacionados à falha na comunicação entre os integrantes. Houve um avanço se comparado o ACS atual com os primeiros profissionais. Isso se deve a conquista do espaço na saúde que os ACS adquiriram, e o esforço da categoria em se firmar enquanto profissão. Além de se mobilizarem politicamente pelas forças das instituições públicas e sindicais, batalhando pelo reconhecimento, fazendo valer seus direitos. A experiência profissional dos ACS deste estudo tem seus conhecimentos originados de suas vivências e oportunidades que surgiram no decorrer da vida. Percebemos que o saber desses profissionais tem características comuns: a formação educacional básica e trabalhos que exigiam pouco estudo, funções marcadas pelo contato com o público. A comunicação surge como elemento facilitador para o desenvolvimento das ações, e o conhecimento comunitário que possuem parte das vivências do cotidiano. Isto é embasado pela corrente de pensamento de Freire (2014), que respeita o conhecimento do outro, e o saber é construído em conjunto com a realidade em que vive. Neste sentido, a pesquisa depreende uma visão mais “realista” do cotidiano do trabalho do ACS. Isto nos possibilita definir o processo de trabalho dos ACS, como o conjunto de ações sistematizadas e orientadas para alcançar a promoção e a prevenção de saúde. Para atender o indivíduo de forma integral, o ACS precisa ser parte efetiva da equipe de saúde, colaborando no desenvolvimento e organização das atividades, no intuito de fortalecer as ações que serão realizadas. Existem algumas iniciativas de capacitações, mas ainda em estado insatisfatório, que

sugerem a necessidade de provimento da educação permanente que pode acontecer durante o trabalho, dentro da unidade de saúde. E assim, acreditamos que melhorar a organização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, facilitará a compreensão da população e dos demais profissionais, acerca de suas atribuições.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM REVISTA: INFORMAR O QUÊ E PARA QUEM?

Liara Saldanha Brites, Angela Maria Grando Machado, Neuza de Freitas Raupp Cechinel, Claiton Agnaldo Ribeiro Santos, Rossana Santos Rocha Mativi, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Meios de Comunicação, Fator de Impacto de Revistas, Notícias

Apresentação: A ampliação da assistência na atenção básica, assim como a falta de médicos apontada pela população, é uma das questões emergentes no Sistema Único de Saúde e um dos maiores problemas de saúde do país (BRASIL, 2013a). Em resposta à campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, em janeiro de 2013 (CARVALHO, 2013), e aos gritos das ruas que pediram mais saúde durante as “Manifestações de Junho” de 2013, foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013b), o qual objetiva: levar profissionais médicos para locais afastados dos grandes centros urbanos, de vulnerabilidade socioeconômica ou onde exista carência de médicos; investir em infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e reestruturar e expandir a formação médica, com abertura de novas vagas nos cursos de medicina e de especializações,

com uma lógica voltada às demandas do SUS (BRASIL, 2013a). O PMM repercutiu na mídia, nas entidades médicas e na sociedade como um todo. Nem todas as notícias foram/são favoráveis ao PMM, retratando o distinto entendimento do governo federal e das entidades médicas para enfrentar os desafios do SUS, como a difícil fixação dos profissionais médicos em determinados locais. Criada há mais de 35 anos, a IstoÉ - de circulação semanal nacional, de informação geral voltada ao público adulto, editada em São Paulo - é uma das revistas mais influentes do Brasil e a terceira em circulação (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS, 2014). Por meio das reportagens veiculadas nesta revista, o presente estudo objetivou identificar e analisar a produtividade discursiva da mídia brasileira sobre o PMM entre junho de 2013 a julho de 2014. Desenvolvimento Utilizou-se, para o levantamento dos dados, a ferramenta de busca do sítio virtual da revista, com os descritores “Programa Mais Médicos”, “Projeto Mais Médicos” e “Mais Médicos” em edições da revista IstoÉ publicadas entre junho de 2013 a julho de 2014 (o primeiro ano do PMM). Foram selecionadas 31 edições virtuais, dispendo ao todo de 34 notícias. Foi realizada análise e categorização dos dados a partir da proposição de Minayo (2010) de Análise de Conteúdo na modalidade Temática. Resultados e/ou impactos Constatou-se que nos sete meses de 2013 (junho a dezembro) foram publicadas 19 matérias (55,9 % dos textos analisados), enquanto nos sete meses subsequentes (janeiro a julho de 2014) houve um declínio no número de publicações, com 15 matérias (44,1 % dos textos) – diferencial que pode ser relacionado ao tempo histórico das publicações. Em 2013, a revista investiu em trazer às suas páginas as polêmicas despertadas com a aprovação do PMM e suas propostas, como a chegada de médicos estrangeiros, inclusive cubanos,

ao Brasil, fato este que mobilizou a classe médica no país por meio de suas entidades de classe e sociedade civil. Entre janeiro a julho de 2014, havia a consolidação do PMM e melhor aceitação por parte da sociedade/usuários, ao tempo em que era evidenciado, nas falas dos parlamentares e guindado à visibilidade positiva em cenário pré-eleitoral, o que justifica neste período as matérias da IstoÉ manterem em pauta o Programa e veicularem com frequência o cunho político partidário do mesmo. Os temas mais frequentes corroboram com esse contexto histórico de lançamento do Programa e de período eleitoral. Destaca-se o PMM como o principal assunto tratado, com 26,7 % das menções, seguido pela temática Política/Eleições, com 19,8%. No tocante aos personagens mencionados nas produções textuais (de quem se fala), os médicos estrangeiros/cubanos totalizaram o maior número de alusões, citados em 12 matérias, seguidos da Presidenta Dilma Rousseff, citada em 10 textos, e do ex-Ministro da Saúde Alexandre Padilha e dos médicos brasileiros, ambos citados em 7 matérias. Em relação à análise de quem está falando nos textos, observou-se que a maioria tem como autor o colunista/cronista da revista (50%), seguido pelos representantes do governo federal (14%) e de classe e gestores de saúde (ambos com 10% das publicações). Dentre os 34 textos publicados, verificou-se que maior parte apresentou o Programa de forma positiva (47%) ou neutra (32%). Em relação ao conteúdo das reportagens, a análise do material pesquisado foi organizado nas seguintes categorias: O que se lê sobre o Mais Médicos? A maioria das matérias trouxe informações condizentes com o PMM ou críticas a este. Não se observou relações significativas entre as etapas do Programa divulgadas pelo MS e as publicações, o que nos leva a inferir que o governo federal não pautou a revista. Apesar do PMM ter mais

de uma estratégia (como investimento em infraestrutura e reestruturação e expansão da formação médica) e de durante o período pesquisado já haver médicos brasileiros no Programa, o foco é na importação de médicos estrangeiros (principalmente cubanos) e na falta de médicos nos territórios. O percurso de criação do PMM e parte de seu desenvolvimento é apresentado nas matérias e o cenário de disputa político-partidária também é trazido às páginas da revista, com um caráter informativo ao leitor. As falas contrárias ao Programa são oriundas das entidades que representam os médicos. O que vê sobre o Mais Médicos? As imagens destacam principalmente a construção política do Programa, com fotos de pessoas públicas ligadas ao governo federal, legislativo e entidades representantes dos médicos. Também são registrados casos amplamente retratados na mídia brasileira sobre a hostil recepção dos médicos brasileiros aos cubanos e a fuga de médicos cubanos para os Estados Unidos da América. Dentre todas as imagens, destacam-se aquelas da reportagem especial sobre o PMM, publicada em 10 de julho de 2013. Além da capa, há 13 páginas sobre o PMM. As imagens dessa reportagem - a maioria em preto e branco - reforçam a falta de médicos, o atendimento dos médicos do Programa em hospitais superlotados e em cenários de vulnerabilidade econômica e social. A reportagem também retrata a oposição dos médicos brasileiros – com fotos da “revolta de jaleco” – contrários ao PMM. Considerações Finais: Este estudo não teve a pretensão de avaliar o PMM, mas a forma com que a revista IstoÉ oportunizou conhecimento sobre ele à sociedade. Sabe-se que a mídia é uma importante ferramenta para a formação de opinião e suas publicações denotam a capacidade de mobilizar o apoio ou promover o descrédito da população a respeito de um determinado tema, como a implantação de um novo

programa ou política governamental. A respeito das matérias relacionadas ao PMM, a revista IstoÉ cumpre com o propósito de ser informativa, com predomínio de tendenciosidade positiva ou neutra, instruindo o leitor com informações convergentes com o propósito do PMM ou críticas advindas principalmente das entidades médicas brasileiras.

O SUS-VIVO DO COTIDIANO DAS PESSOAS: AS TENSÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA BAHIA

Clara Oliveira Esteves, Raquel Miguel Rodrigues, Nathália Silva Fontana Rosa, Marcio Costa de Souza

Palavras-chave: relação público-privado, redes vivas, serviço de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente resumo tem como objetivo disparar algumas reflexões sobre as relações entre as dimensões do público e do privado no território da saúde no estado da Bahia, em função das experimentações que têm sido realizadas no âmbito das redes de saúde, especialmente, nas redes de câncer, da pessoa com deficiência e da rede interestadual Bahia-Pernambuco, inseridas no contexto da 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”, financiada pelo Ministério da Saúde. **DESENVOLVIMENTO:** A partir de um caminhar cartográfico pelas redes de câncer e pessoa com deficiência do estado na Bahia, e pela rede interestadual Pernambuco-Bahia, observamos uma forte presença de formas indiretas de administração dos serviços de saúde como instituições filantrópicas e fundações estatais de saúde, com um papel

protagonizante na regulação dos serviços. Isso nos levou a refletir sobre os efeitos que essa relação entre as dimensões do público e do privado produziria no cotidiano da vida das pessoas, tomando como dispositivo analítico as redes tecidas pelos usuários/trabalhadores/gestores/voluntários para produzir acesso aos serviços de saúde. Escolhemos construir a narrativa de algumas cenas vivenciadas no contexto da pesquisa como expressão dos encontros singulares que constroem sentidos no plano do cuidado em saúde. Serão debatidas, aqui, as cenas vivenciadas em um serviço de referência do estado da Bahia para a pessoa com deficiência, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Salvador, em uma associação filantrópica para pessoas com câncer e em uma instituição pública da administração indireta de direito privado do estado da Bahia. **RESULTADOS:** A primeira cena traz a narrativa de uma mãe de um menino de 07 anos com Síndrome de Down e sua trajetória para acessar os serviços especializados de reabilitação física e intelectual, a qual constrói uma trajetória entre os serviços públicos e privados para produzir uma rede de atenção à saúde para seu filho. Observamos que na capital há um serviço público de referência para todo o estado e que a rede própria do município é inexistente, sendo substituída por instituições filantrópicas ou privada de utilidade pública, sem fins lucrativos. Somente a partir deste ano, com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limites - foi possível observar a adaptação de alguns antigos centros de reabilitação psicossocial em centros de referência para a pessoa com deficiência. A segunda cena se refere ao relato de um trabalhador da USF que aborda a questão da precariedade da atenção à saúde no pré-natal. Narra que muitas gestantes deste território buscam a maternidade filantrópica, mais distante

geograficamente, em função da oferta de exames necessários para o pré-natal realizados por esta instituição ou “regulado” a partir dela na rede privada com desconto quando não há esta oferta pelo SUS. Desta forma, muitas mulheres deixam de ser acompanhadas pela USF devido à existência deste serviço, pois a oferta é organizada e considerada sem barreiras (diferente dos serviços públicos). Além disso, muitas gestantes também possuem plano de saúde e preferem ser acompanhadas pela rede privada, o que nos coloca a questão da propensão de construir um itinerário privado ou misto como possibilidade de melhor atendimento enquanto consumidores. A terceira cena traz o relato de uma pessoa voluntária em uma associação civil filantrópica que apoia pessoas com câncer, de um município do interior da Bahia, e que visibiliza as invenções criadas para facilitar o acesso das pessoas aos serviços de referência na assistência ao câncer. O serviço de referência desta localidade barra o acesso de pessoas de municípios não referenciados, de acordo com os pactos regionais do estado. Entretanto, considerando o vazio assistencial de grande parte das regiões da Bahia no que se refere a serviços de oncologia, muitos pacientes são encaminhados para este município ou mesmo chegam ali por conta própria. Para solucionar o problema da falta de um comprovante de residência válido para os procedimentos, o próprio serviço de saúde, ao negar o acesso, “regula” um arranjo privado para este usuário ao indicar a associação como possibilidade de ajuda para conseguir um endereço local. Ainda, encaminha pessoas que necessitam de outros apoios como materiais pós-cirúrgico, próteses, cadeira de rodas. Vale ressaltar que esta associação assume a coordenação do cuidado destes usuários, com ações paralelas de outros trabalhadores da instituição, como psicologia e serviço

social, tencionando a oferta da rede pública dos mesmos serviços. A quarta cena trata da narrativa de um trabalhador de uma instituição pública de administração indireta que realiza a contratação de parte dos funcionários que compõem a equipe de regulação da Rede Interestadual Pernambuco-Bahia. Segundo o relato, apesar da instituição ter participado do processo de construção desta rede, com intenso investimento de apoio no diagnóstico e pactuação das ofertas de leitos, atualmente o acompanhamento realizado se dá através dos indicadores enviados pelas equipes. Tal relato visibiliza certa superficialidade na relação com os trabalhadores vinculados à instituição e com os problemas cotidianos enfrentados. Também, nos coloca como questão a maneira como essas formas de administração indireta regulam a oferta de serviço das redes de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Se por um lado existe certo consenso da gestão pública de que as formas de administração indiretas, sejam de caráter público ou privado, representariam uma maior eficiência na gestão, no campo da saúde essa relação pode produzir efeitos diretos no acesso das pessoas aos diferentes serviços. A Filantropia, por exemplo, tema característico e presente no contexto da produção das redes de atenção na Bahia, tenciona as relações no campo da saúde e institui uma estrutura complexa que estabelece uma relação de proximidade com o aparelho que está construindo o serviço prestado. As relações micropolíticas instituem e são instituídas cotidianamente por essa lógica do privado na saúde: na figura do trabalhador de saúde do público que encaminha o usuário para o setor privado, nas ofertas de serviços privados a partir dos vazios assistenciais existentes até na gestão privada de estabelecimentos públicos, a administração indireta, além das outras inúmeras intercessões possíveis. Estes ruídos visibilizam algumas das tensões

na produção do SUS como um espaço de disputas e interesses, um SUS-vivo, que se posiciona também no entre das relações público-privadas. Este campo tenciona inclusive a percepção de muitos usuários sobre o que é ofertado pelo sistema público, a partir de um campo simbólico que se utiliza para formar a ideia de que determinado lugar ou serviço poderá ou não resolver o seu problema. O imaginário simbólico construído pelo usuário-consumidor, que vê a saúde como um bem privado e, portanto de consumo, é privilegiado em detrimento da produção do imaginário simbólico do usuário-cidadão, da saúde como direito social. Há, portanto, uma sutileza nas mais variadas produções do cotidiano da vida das pessoas que se apresentam capturadas pela lógica privatista e que aparecem nas narrativas advindas do mundo do trabalho nas redes de atenção à saúde do Estado da Bahia.

O TRABALHO DA REFERÊNCIA DESCENTRALIZADA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O PROGRAMA MAIS MÉDICOS – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Liliany Mara Silva Carvalho

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, Programa de provimento, Relato de Experiência

No Brasil um processo histórico levou o serviço de Atenção Básica (AB) em saúde a se tornar a “porta de entrada” dos serviços de saúde brasileiros. A AB orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou

sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (BRASIL, 2012). Neste contexto, tendo a AB como veículo principal de saúde no Brasil, a mesma tornou-se, mediante o reconhecimento de suas deficiências, a principal preocupação do governo brasileiro, avaliando-se como principal problema a insuficiência e má distribuição dos médicos no território nacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tinha, em 2012, 1,86 médicos por mil habitantes (med/1000 hab.), enquanto nossos vizinhos Uruguai e Argentina tinham 3,74 e 3,16 respectivamente (OMS, 2012). Ainda se levando em consideração países que tem serviços públicos de saúde, tais como Portugal, Espanha e Reino Unido, os números chegam a 3,9, 4 e 2,7 respectivamente (OMS, 2011; OMS, 2012). Somado aos números, que demonstravam de fato a escassez de profissionais médicos no país, outros movimentos demonstravam a necessidade de que algo fosse imediatamente realizado. Como exemplo, destacamos o Encontro Nacional de Prefeitos ocorrido em Brasília em janeiro do ano de 2013, onde se constatou a necessidade e dificuldade em alocação e fixação de médicos nos municípios, o principal motivo para a referida dificuldade seria a má distribuição dos médicos no país, com consequente concentração nos grandes centros urbanos. A partir disto deu-se início a uma petição eletrônica com o objetivo de ampliar a participação popular no movimento “Cadê o Médico?” promovido pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP). A manifestação reivindicava a contratação imediata de mais médicos para a saúde pública brasileira. Em apenas três dias de ação, o movimento alcançou a marca de 4.600 assinaturas em um abaixo-assinado e conseguiu a adesão de dezenas de entidades municipalistas de todo o país. Mais de 2.500 prefeitos assinaram o documento, que foi entregue ao então ministro da saúde, Alexandre

Padilha (FNP, 2013). Entre 2011 e 2013 várias medidas foram criadas, no entanto, elas não repercutiram a ponto de sanar todas as dificuldades, somados a um vasto estudo que trazia dados que demonstravam claramente o déficit de profissionais médicos no Brasil outros fatores influíram para a criação de um ousado programa. Foi então que, para sanar as referidas dificuldades, criou-se inicialmente a Lei 12.871 (BRASIL, 2013) que viria mais tarde consolidar o Programa Mais Médicos (PMM), que segundo PINTO et al. (2014) pode ser vista como uma ação essencial e parte da grande inflexão na AB brasileira, num momento em que o país decide inequivocamente, priorizá-la e enfrentar os nós críticos que vinham condicionando o desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) surge como uma cooperação interministerial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação brasileiros em convênio com a Organização Pan-americana de Saúde. As primeiras normativas para o Projeto Mais Médicos começaram a surgir por meio da Portaria 1.369/13 e Lei 12.871/13, bem como os editais, que davam aos municípios a oportunidade de se inscrever para adesão ao programa, o que contemplava médicos brasileiros, intercambistas e cooperados. Como critério de adesão a médicos estrangeiros aceitava-se apenas profissionais provenientes de países com mais de 1,8 médicos por 1.000 habitantes de acordo com código para recrutamento global da OMS. O PMMB faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na AB

de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Governo Federal decidiu garantir médicos para o Brasil e saúde para a população brasileira. A iniciativa traz também em seu bojo a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil. (PORTAL SAÚDE, 2014). Mesmo com tantos entraves e lutas travadas com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e com tamanho desafio, por ser um projeto tão arrojado, o mesmo se fazia necessário, já que os estudos de projeção apontavam que apenas em 2035 seria alcançada a Relação de Médicos por Habitantes (RMH) de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, caso não houvesse nenhuma intervenção. Este relato de experiência tem como finalidade demonstrar o trabalho realizado pelas referências descentralizadas do Ministério da Saúde para os programas PROVAB e Mais Médicos. As referências descentralizadas são pessoas que estão no território e acompanham o cotidiano do PMMB, é o elo do gestor municipal de saúde com o Ministério da Saúde. Realizam visitas aos municípios e estão em constante contato com a referência central que está alojada no Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES). Pretende-se demonstrar o trabalho realizado pela referência descentralizada que acompanha a região do Vale do Jequitinhonha e Nordeste de Minas, somando 86 municípios, sendo um total de 64 municípios com médicos do programa. Neste estudo levaremos em consideração o trabalho feito apenas na região do Vale do Jequitinhonha, que conta hoje com 29 municípios, atualmente 23 destes municípios conta com a presença de 53 médicos cooperados, conhecidos como médicos cubanos. O Vale do Jequitinhonha concentra mais de um milhão de habitantes, equivalente a 8% da população do estado.

A região é considerada um dos lugares mais pobres do Brasil. O provimento destes profissionais, em se tratando de AB, em que se prevê a prevenção e a promoção da saúde, dá a essa população a dignidade de ter por si profissionais médicos, proporcionando importante impacto nos indicadores de saúde, no que tange aos resultados em saúde, dando a AB legitimidade junto à população. Esperamos que através do olhar de um profissional que vivencia o cotidiano do PMM, através do seu relato de experiência das visitas realizadas, problemas e experiências exitosas provenientes do mesmo, as pessoas possam conhecer melhor o Programa.

OLHANDO O SUS COM OUTROS OLHOS A PARTIR DA VIVÊNCIA NA COMUNIDADE

Ingrid Jaqueline Fonseca Leopoldino

Palavras-chave: ensino, SUS, PBL

A relação saúde/doença foi o principal tema debatido, sobre ela foram discutidas as leis, diretrizes e história do Sistema Único de Saúde (SUS); determinantes sociais, saúde e atenção básica, entre outros temas relacionados às diferentes concepções. Pode-se relacionar as necessidades em saúde com base nas características de uma população de um dado território; caracterizar a relação entre o processo saúde/doença e as dinâmicas existentes de cuidado relativo à organização das ações e serviços de saúde e as redes de atenção à saúde; e tratar dos diferentes determinantes sociais do processo com base nas características de uma dada população. Após todas as discussões, os assuntos foram aplicados em visitas à comunidade, atendida pela unidade básica de saúde. Dessa forma, um dos objetivos da disciplina é proporcionar aos alunos contato com a realidade de

saúde coletiva através da observação das condições de vida e como isso refletem na relação saúde/doença da comunidade. Com as visitas à comunidade pode-se perceber a importância da territorialização e com isso a adscrição da população atendida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou seja, fazer o levantamento da micro área que é o conjunto de famílias atendido por uma ACS. Esses são alguns dos princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal estratégia da Atenção Básica em saúde. Com a adscrição da clientela atendida por um ACS, as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação podem ser mais bem direcionadas as reais necessidades das famílias. Em uma unidade básica de saúde cada equipe se responsabiliza por cerca de 1.000 famílias dentro da sua área e tendo cada ACS responsável por uma parte dessa microárea torna as informações de saúde mais precisas. Foi entendido pelos alunos de PEC que é primordial a relação territorialização com o conhecimento sobre os principais determinantes sociais de saúde, sendo este o principal foco da atenção básica e da matéria descrita, já que o conceito de saúde pode ser formulado a partir dessa relação. Na cidade de Lagarto o Programa de Atenção Básica está implantado em todos os locais, onde há uma delimitação do território pra que cada Unidade Básica de Saúde atenda de forma organizada e abrangente a todos residentes da microárea responsável. O bairro Albano Franco apresenta uma UBS mais afastada onde as casas são bem afastadas uma das outras, o que dificulta a localização e as visitas do ACS que, por sua vez, possui um papel fundamental para auxiliar tanto a UBS quanto as famílias trocando informações diárias dos atendimentos e serviços prestados. Foi elaborado uma possível intervenção na comunidade do bairro Campo Novo, no Município de Lagarto - Se, a mesma baseada nas possíveis

queixas relatadas pela própria comunidade, sobre saúde em geral e também dos problemas físicos que envolvem todo o desenvolvimento do bairro em questão. No dia do PPLS realizado na Escola Suécia, onde foi bem relatado a insatisfação de alguns com a marcação de exames, a espera incansável para que ocorra a realização do mesmo, a pouca disponibilização de vagas e o ineficaz resultado para que se conclua um exame em Aracaju. Então, depois de debatermos, pensamos em uma pequena ação que ajudasse a esclarecer a situação à população. Então para que melhor fosse explicado foi convidada a representante da Secretaria de Saúde do município, para que pudesse esclarecer, respondendo perguntas e tentando mostrar a comunidade os caminhos viáveis e inviáveis do trabalho da(s) UBS. Logo ao ter feito o convite, o segundo passo seria avisar a comunidade que era preciso a presença de todos para uma satisfatória intervenção, passamos a convidar de casa em casa, infelizmente não compareceram todos, mas mesmo assim a secretária da saúde esteve presente e debateu com os presentes e tentou mostrar a funcionalidade da marcação do município e também sobre a realização de exames, cirurgias do estado. O PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde), realizado no mês de abril de 2015 no bairro Albano Franco, foi uma maneira de interação para o conhecimento das principais deficiências relacionadas a saúde através da comunidade. Este ocorreu em forma de uma reunião na Escola Municipal do bairro, entre os estudantes da Universidade Federal de Sergipe e os moradores do local. A reunião seguiu os passos formadores do PPLS, inicialmente discutindo e destacando as principais queixas abordadas, diante da presença e repetidas queixas, fez-se necessário filtrar as principais e a partir daí separar o mais importante, debater as causas e consequências, a fim de buscar

uma medida de intervenção, com o intuito de observar o funcionamento da Atenção Primária na rede pública de saúde do bairro. Buscando uma interação maior com a comunidade, numa perspectiva de promover futuramente uma intervenção para a melhoria dos déficits ali presentes. Instigou-se a população a expor suas variadas queixas. Após o levantamento das queixas foram selecionadas as três mais importantes de acordo com os presentes. Com a filtragem foi possível eleger por grau de urgência visto pela comunidade o mais importante e incômodo que foi a demora para marcação de exames. Causas estas que foram muita gente querendo marcar e pouca disponibilidade de fichas, a demora e o atraso para iniciar a marcação levando a algumas consequências como, por exemplo, o transtorno em aguardar por muito tempo e não ser notificado do término das fichas. Por conseguinte foi esclarecido que o objetivo do PPLS ali efetuado não seria para solução imediata dos problemas discutidos, mas sim para uma intervenção, esta que pode resultar numa futura solução. Pós-reunião os alunos discutiram os problemas relatados na comunidade e buscaram um meio de intervenção diante do problema da marcação de exames, procurando assim os responsáveis principais do funcionamento do mesmo. A UBS e a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Lagarto, esclarecendo as queixas da população para posteriormente levar o esclarecimento para a comunidade. Fomos acompanhar a rotina e interagir com a população, onde analisamos os seus problemas e propomos uma melhoria para aquela situação. Concluímos que com a matéria de Prática de ensino na comunidade (PEC), aprendemos o conceito de saúde em todas suas abrangências: política, econômica, cultural, social, além do atendimento físico, psíquico e social na saúde, e as leis do SUS para o maior entendimento dos seus princípios básicos.

Vivenciando essa rotina, percebemos todas as dificuldades para a implantação plena desse sistema, de como ele pode ser eficaz, e atender a todos, com correto funcionamento das suas diretrizes, que por meio de uma gestão única garantindo aos cidadãos ao acesso universal.

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO COM PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Ana Paula de Lima, Lourdes Missio, Danyelle Tamie Morishita, Ceny Longhi Rezende, Heloísa Bruna Grubits Freire

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem, Período Pós-Parto, Recém-Nascido

Apresentação: No período pós-parto acontecem modificações locais e sistêmicas, desenvolvidas durante a gravidez e parto, e que retornam à situação do estado pré-gravídico. Esse período inicia-se após a dequitação da placenta e seu término é imprevisível, uma vez que, enquanto a puérpera estiver amamentando as modificações da gestação ainda estarão ocorrendo (BRASIL, 2001). Durante a internação hospitalar no período pós-parto, a puérpera utiliza o setor de alojamento conjunto (AC) da maternidade. O alojamento conjunto foi criado para promover um relacionamento favorável entre o binômio mãe-filho desde os primeiros momentos de vida do recém-nascido (RN), onde o mesmo permanece junto à sua mãe durante 24 horas por dia até a alta hospitalar (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010). Nesse momento, a mãe tem a possibilidade de cuidar diretamente do seu filho, ao mesmo tempo em que é assistida pela equipe de enfermagem. Esses profissionais, por sua vez, desempenham papel importante na educação das puérperas quanto aos cuidados essenciais ao RN, devem adotar uma postura diferenciada,

desenvolvendo através do conhecimento científico o compromisso e o envolvimento com a assistência a ser prestada ao binômio mãe-filho (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009). Pesquisas demonstram que a realização de atividades educativas voltadas para o desenvolvimento das habilidades maternas quanto aos cuidados do filho é de extrema importância, pois, é ainda no AC que a puérpera realizará os primeiros cuidados ao RN (SOARES; SILVA, 2003). Além disso, a equipe de enfermagem deve adotar uma postura diferenciada, desenvolvendo através do conhecimento científico o compromisso e o envolvimento com a assistência a ser prestada ao binômio mãe-filho (ODININO; GUIRARDELLO, 2010). Neste contexto, com a vivência das autoras atuando em AC, este estudo teve como objetivo conhecer a atuação da equipe de enfermagem no alojamento conjunto em relação às orientações dos cuidados ao recém-nascido na visão de puérperas, no município de Dourados-MS, Brasil. Método do estudo: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva de corte transversal realizada mediante aplicação de questionário em 28 puérperas assistidas em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Dourados-MS, no período de junho a setembro de 2011. Resultados: Das puérperas que participaram do estudo, identificou-se que 42,86% possuíam idade entre 19 a 25 anos, 71,43% identificaram-se como brancas e 39,28% estudaram até o ensino médio; 53,57% solteiras e renda familiar de até três salários mínimos (75%). O estudo demonstrou que 25 puérperas (89,28%) receberam orientações em relação aos cuidados com o RN. E que, as orientações foram realizadas pela equipe de enfermagem (20,0%) ou por acadêmicos de enfermagem (80,0%). Com relação à equipe de enfermagem, as mulheres não souberam diferenciar quem realizou as orientações (enfermeiro, técnico em enfermagem ou

auxiliar de enfermagem). As orientações recebidas foram sobre aleitamento materno (100%), banho (100%), cuidados com o coto umbilical (100%), vacinação (100%), troca de fraldas (100%) e outros (7,4%). Além disso, nenhuma puérpera participou de atividades educativas (palestras, roda de conversa, vídeos informativos, etc.). As orientações realizadas abordavam temas como aleitamento materno, banho, cuidados com o coto umbilical, vacinação e troca de fraldas. As principais orientações dos cuidados mediatos do RN devem ser realizadas no ambiente hospitalar, e englobam banho, troca de fralda, importância do aleitamento materno e pega correta, curativo do coto umbilical e tamanho adequado da fralda para evitar infecções e dermatites. E para isso, é necessária uma equipe de enfermagem preparada e treinada. As puérperas também relataram pouco envolvimento da equipe de enfermagem no auxílio dos cuidados com o RN. Isso pode ser observado, pois apenas duas puérperas receberam ajuda da equipe de enfermagem. E, segundo as mesmas, o auxílio só ocorreu porque estavam com dificuldades na amamentação. Na maioria dos casos as mulheres contaram apenas com apoio de familiares. Entretanto, verificou-se que grande parte das orientações foi feita por acadêmicos de enfermagem. Das mulheres que receberam orientações da equipe de enfermagem, nenhuma soube diferenciar qual profissional de enfermagem que realizou tal orientação (enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem). As orientações realizadas abordavam temas como aleitamento materno, banho, cuidados com o coto umbilical, vacinação e troca de fraldas. As principais orientações dos cuidados mediatos do RN devem ser realizadas no ambiente hospitalar, e englobam banho, troca de fralda, importância do aleitamento materno e pega correta, curativo do coto umbilical e tamanho adequado da

fralda para evitar infecções e dermatites. E para isso, é necessária uma equipe de enfermagem preparada e treinada (ODININO; GUIRARDELLO, 2010). Outro ponto importante foi em relação à educação em saúde. Nenhuma das entrevistadas participou de atividades educativas, o que vai contra a regulamentação do Ministério da Saúde. Segundo a Portaria MS/GM nº 1016/93 o AC foi criado com o intuito de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento do binômio mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde (BRASIL, 2001). De um modo geral, as mulheres mostraram-se satisfeitas com a assistência recebida. Entretanto, deve-se ter em mente que na maioria dos casos as orientações foram realizadas por acadêmicos e não pela equipe de enfermagem. Outro aspecto que contribuiu para tal avaliação foi o fato da maternidade vinculada ao Sistema Único de Saúde ser pertencente a um hospital-escola, onde é comum a presença de acadêmicos de diversos cursos da área de saúde. Considerações finais: De acordo com a análise dos dados concluiu-se que a maioria das puérperas é adulta jovem, branca, escolaridade entre ensino fundamental incompleto e médio completo, renda familiar baixa, múltipara e que realizou assistência pré-natal com profissional enfermeiro. Além disso, houve predomínio de parto normal e ausência de intercorrências durante a gestação. Além disso, as puérperas receberam auxílio apenas de familiares com os cuidados com o RN. A equipe de enfermagem auxiliou apenas em casos de extrema necessidade, como dificuldades na amamentação. E, as atividades educativas foram inexistentes. Apesar das orientações realizadas pela equipe de enfermagem serem precárias, as puérperas avaliaram como adequadas as orientações recebidas. Por fim os resultados desta pesquisa apontaram pouco

envolvimento da equipe de enfermagem no acolhimento das mulheres no alojamento conjunto, deixando essa tarefa em grande parte para acadêmicos, ficou clara a necessidade de estratégias que visem uma melhor assistência da equipe de enfermagem ao binômio mãe-filho.

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO

Aloma Renata Ricardino, Maria Gorette dos Reis, Marisa Dias Rolan Loureiro, Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso, Maria de Fátima Meinberg Cheade, Karine Mattos

Palavras-chave: diabetes melito, pé diabético, cuidados enfermagem

APRESENTAÇÃO: No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema de saúde pública. Dentre as DCNT, o Diabetes Melito (DM) é a terceira maior causa de morte, correspondendo a 5,2% dos casos, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (31,3%) e câncer (16,3%)¹. Em 2014 o número de diabéticos no mundo era de 387 milhões, com uma estimativa de mais 179 milhões de casos não diagnosticados, os quais foram responsáveis por gerar despesas mundiais de 612 bilhões de dólares. Somente no Brasil, no mesmo ano, havia 11,6 milhões de diabéticos, estimando 3,2 milhões de casos não diagnosticados e o custo por pessoa com diabetes por ano de 1.527,6 dólares². Uma das complicações crônicas mais frequentes do DM é o pé diabético, que caracteriza-se pela presença de lesões nos pés, resultantes de alterações vasculares periféricas e/ou neurológicas peculiares do DM, constituindo-se pela tríade: neuropatia, doença vascular periférica e infecção. Caso esse agravo não seja reconhecido e tratado precocemente pode evoluir para gangrena e até mesmo amputação do membro^{3,4}.

Dessa forma, o presente estudo objetiva evidenciar através de pesquisa bibliográfica quais os cuidados de enfermagem destinados aos pacientes com pé diabético. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão integrativa de literatura. A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a busca ocorreu no mês de julho de 2015. Os critérios de inclusão foram: publicações do período de 2010 a 2014, em formato de artigo científico, apresentação em textos completos e escritos em língua portuguesa. A busca utilizou os seguintes descritores: cuidado de enfermagem ; pé diabético. A questão norteadora foi: Quais são os cuidados de enfermagem ao paciente com pé diabético presentes nos artigos científicos da atualidade? **Resultados:** A busca na base de dados originou um total de 15 artigos, sendo que destes 7 apresentavam-se duplicados, resultando em 8 artigos que fazem parte dessa revisão integrativa referente aos cuidados de Enfermagem destinados aos pacientes com pé diabético. As intervenções de enfermagem são cuidados que se baseiam no julgamento clínico e no conhecimento científico, visando resultados satisfatórios nos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é atividade exclusiva do Enfermeiro. No que tange aos cuidados prestados aos pacientes com pé diabéticos, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes utilizando a taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) foram: controle ineficaz do regime terapêutico; nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; disposição para o controle aumentado do regime terapêutico; comportamento de saúde propenso a risco; controle eficaz do regime terapêutico⁵. Os artigos selecionados para este estudo mostraram que há uma concordância científica no que diz respeito às características sócio demográficas e clínicas das pessoas com DM.

Essa população é composta principalmente por: mulheres, idosas, com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, sem lesões/amputações de pé^{6,7}. Levando em consideração as características supracitadas, pode-se verificar que existem algumas semelhanças com os fatores de risco para amputação por pé diabético, dos quais podemos destacar: a idade, os fatores socioeconômicos e escolaridade. Além desses ainda temos: tempo de diagnóstico do diabetes; vasculopatia e neuropatia; e, número de moradores no domicílio maior que dois⁷. Quanto ao conhecimento dos pacientes em relação a sua doença, ficou evidente que grande parte dos diabéticos tem conhecimento sobre as formas de prevenção do pé diabético⁸. No entanto, uma das pesquisas mostrou que muitos sujeitos ainda não haviam realizado exame dos pés desde o diagnóstico de DM⁹. O enfermeiro e a equipe de enfermagem devem estar preparados para a realização de ações diagnósticas intensivas e precoces. Desse modo verifica-se a importância da avaliação dos riscos e realização das intervenções em momento adequado, destacando que o enfermeiro deve tomar para si a responsabilidade de avaliar os pés dos pacientes nas consultas de rotina. Cabe ao enfermeiro ainda a realização de ações de educação em saúde direcionada as neuropatias periféricas, melhorando o conhecimento do paciente e de seus cuidadores^{3,7}. Tanto a unidade de saúde quanto o enfermeiro tem papel importante no desenvolvimento de atividades de promoção a saúde, buscando envolver a população, instigando-os a corresponsabilidade, principalmente em relação ao autocuidado, incluindo os familiares para criar vínculo com o serviço, melhorar o conhecimento e ressaltar a importância dos cuidados que a pessoa com diabetes deve ter com os pés^{6,8}. O processo de ensino aprendizagem referentes ao manejo de sua doença como foco na

consulta em enfermagem, deve objetivar a implementação do controle metabólico, prevenção de complicações agudas e crônicas e melhora na qualidade de vida⁵. Isso porque as pessoas almejam cuidados além da doença, que contemplem sua singularidade, e informações claras sobre os procedimentos realizados e sobre sua doença¹¹. É imperativa a otimização das consultas de enfermagem ao paciente com pé diabético, sendo imprescindível cumprir todas as etapas minuciosamente a fim de prevenir complicações¹⁰. Os gestores devem atentar-se para a necessidade de avaliar sistematicamente os programas de atenção básica e uso de estratégias de atenção a saúde, baseando-se em tecnologias leves e médias na prevenção de complicações de membros inferiores⁹. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os principais cuidados descritos referem-se à consulta de enfermagem de qualidade, com avaliação precoce e contínua do pé diabético, implementação de ações para o controle metabólico, prevenção de complicações agudas e crônicas, melhoria da qualidade de vida, processo de educação em saúde do paciente e dos familiares ou cuidadores, com vistas ao processo de auto cuidado e corresponsabilização. Fica evidente nas publicações científicas que enfocam os cuidados de Enfermagem ao paciente com pé diabético, que muito ainda deve ser feito para aperfeiçoar este cuidado na atenção a saúde.

OS TERRITÓRIOS E AS REDES VIVAS DE SAÚDE NO TRABALHO DOS CATADORES E DAS CATADORAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS/AM

Denise Rodrigues Amorim, Julio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias Lima

Palavras-chave: Trabalho, participação social, territorialidade, redes vivas de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho propõe uma investigação sobre os catadores de materiais recicláveis no município de Manaus e suas relações com o território urbano e formação de redes vivas de saúde. A proposta se insere num projeto maior que busca fazer a relação entre a territorialidade de grupos sociais com os territórios e as redes vivas de saúde na Amazônia. A temática se apresenta relevante porque ainda são poucos os estudos no âmbito da saúde coletiva sobre este grupo que vive e sobrevive da coleta de lixo. Outro aspecto importante é que essas pessoas são invisíveis às políticas públicas de saúde. Do mesmo modo, passam despercebidos os usos e a percepção sobre o território urbano. O Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis – MNCR (2015) informa que há 600 cooperativas formais de catadores e estão registrados 40 mil profissionais, mas estima que no país há em torno de 800 mil pessoas atuando nesta atividade, sendo a maioria não organizada. A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) 2008 identificou que 50,8% dos municípios brasileiros tem como destinação final dos resíduos, os vazadouros a céu aberto (lixões). A pesquisa apontou ainda que 26,8% das entidades municipais que faziam o manejo dos resíduos sólidos em suas cidades sabiam da presença de catadores nas unidades de disposição final desses resíduos. Tal atividade é exercida, basicamente, por pessoas de um segmento social estigmatizado pelo mercado de trabalho formal, que têm na coleta de materiais recolhidos nos lixões ou aterros uma fonte de renda que lhes garante a sobrevivência. Não se tem conhecimento, dentro da escala de valores das categorias profissionais, de nenhuma outra atividade que seja tão marginalizada e desprestigiada socialmente como o trabalho dos catadores. Observando estes aspectos, este estudo exploratório pretende investigar e analisar

as condições de trabalho destes sujeitos na relação com o território e as redes que os mesmos constroem para responder às questões de saúde, tanto as informais quanto as formais, como o Sistema Único de Saúde – SUS. Entendemos que a identidade social desse grupo está diretamente relacionada com a dimensão da organização social e com as noções de espaço e lugar. Neste sentido, norteiam esta proposta algumas questões: Como estes sujeitos constroem sua identidade no espaço social urbano a partir da organização social? Como os catadores acessam os serviços de saúde da rede municipal? Quais as redes de saúde que são acessadas por esses sujeitos no território vivo? Como a política de saúde identifica e compreende esse grupo social? Qual a noção e uso do território dos catadores? Como os serviços de saúde e suas equipes tem olhado para estes sujeitos, muitas vezes confundidos com populações de rua e que carregam sobre si o estigma do preconceito e da invisibilidade? Em outro ângulo, qual a percepção dos catadores quanto ao acesso e o atendimento nos serviços de saúde e o entendimento de prevenção e promoção da saúde? Como esses sujeitos constroem o seu cuidado? O lixo vem, cada vez mais, sendo ressignificado como produto de valor para a indústria de reciclagem no país, movimentando uma complexa cadeia onde os catadores se apresentam como os primeiros agentes desta linha, mas os últimos em reconhecimento e direitos. Ainda, como caminho na pesquisa, investigaremos as iniciativas de articulação coletiva dos catadores que surgem como tentativa de diminuir a exclusão social e a precariedade do trabalho. Ao se organizarem, os catadores potencializam sua capacidade de mobilização de negociação com o poder público e outros setores da sociedade na busca de valorização e direitos. As cooperativas de trabalho, em geral, permitem incorporar os

trabalhadores que estão fora do mercado formal restituindo direitos, renda e cidadania. Desse modo, iremos pesquisar os catadores que estão organizados em torno do MNCR. A territorialidade desse tipo de profissional é outro aspecto a ser observado porque percorre o espaço urbano com olhos naquilo que é descartado e jogado. O espaço urbano é um lugar de produção de vida e de sustentabilidade, no qual os materiais recicláveis criam possibilidades de fazer relações e redes. Sendo assim, o espaço da rua também é um lugar de saúde, de multiplicidade preenchida por diferentes sentidos e de produção de redes vivas. O tema de rede tem sido cada vez mais requisitado e explorado na atualidade e se apresenta em vários contextos. A noção de Rede Viva aqui proposta se traduz como modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver, socialmente. Os catadores e catadoras, enquanto redes de existências possuem suas próprias éticas existenciais e modos de conduzir suas vidas, dentre outras lógicas diferentes de existir em um território dinâmico e vivo. Desta forma, nos interessa compreender essa territorialidade a partir de um público que percorre o espaço urbano cotidianamente sob a perspectiva do resíduo e do refugo da sociedade marcadamente capitalista. Os referenciais teóricos do estudo serão pela discussão das redes vivas e micropolítica do cuidado propostos por Merhy (2007), Franco e Merhy (2013) e Gomes e Merhy (2014). As referências de território vivo Merhy (2007) e Passos, Kastrup e Escóssia (2019); Ferlaetall (2015). Além disso, utilizaremos como referencial a produção das pesquisas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, especialmente em relação à educação permanente em saúde e a regionalização, organizada por Schweickardt et al (2015). A

metodologia será de pesquisa participante com a participação ativa dos catadores em todos os momentos da pesquisa, portanto, a pesquisa é de natureza compartilhada. Os catadores serão convidados a participar da pesquisa como pesquisadores e participar ativamente da construção do conhecimento. Realizamos atividades com os catadores, portanto, estes já estão na nossa rede de colaboração. Por outro lado, realizaremos uma prospecção com os profissionais de saúde da rede de saúde para que possamos nos aproximar das percepções desses sobre os catadores. O recurso do diário de campo será utilizado como uma forma de cartografar o território de vida dos profissionais catadores. Os resultados desta pesquisa pretendem contribuir com as políticas públicas, com o próprio movimento dos catadores tanto no aspecto da identidade como da participação social na saúde e podem subsidiar futuras iniciativas de intervenção.

PARTEJANDO A REDE CEGONHA: UMA CONVERSA ENTRE PARTEIRAS E SUAS CONEXÕES NA PRODUÇÃO DA VIDA E DO CUIDADO

Angela Schiffler, Brenna Santos, Sandra Cavalcante, Naila Feichas, Katherine Benevides, Luena Xerez

Palavras-chave: Cuidado em Saúde, Rede de atenção, Pesquisa Compartilhada, Parteiras, Amazonas

APRESENTAÇÃO: Este texto versa sobre a construção coletiva de uma pesquisa de âmbito nacional executada pela UFRJ e integrante do “Observatório de Políticas e o Cuidado em Saúde”, pesquisa intitulada: “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”, formando uma Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) Universidade-SUS. Trata-se de uma investigação compartilhada, no sentido de produção de trocas e compartilhamentos entre diferentes sujeitos como trabalhadores da saúde, usuários, docentes e pesquisadores, constituindo um grupo interessado em trazer para a análise a produção do cuidado que, no campo da região norte – no Estado do Amazonas/AM, traz alguns componentes da Rede Cegonha. Esta rede temática é preconizada pelo Ministério da Saúde/MS como uma estratégia para a mudança do modelo de atenção ofertado às mulheres e crianças de até dois anos, a fim de ampliar e fortalecer a atenção, assistência e cuidado. Conta com parteiras na sua proposta de configuração. Nesse sentido, duas foram às entradas para a aproximação com o campo, a primeira em Manaus, acompanhando uma usuária como guia do processo investigativo, acessando seu caminhar em diversos pontos da rede assistencial, seus fluxos e conexões existenciais. A outra entrada está sendo acompanhar parteiras, de Manaus, municípios do entorno e do médio Amazonas, no que trazem de analisadores para pensar a rede. Ressalta-se que essas escolhas foram primeiramente discutidas e pactuadas com profissionais da Universidade do Estado do Amazonas/UEA, da FIOCRUZ-AM e do SUS local. Tanto a usuária como as parteiras estão como guias do processo investigativo e participantes da construção da RAC AM. Aqui se expressa alguns dos recolhimentos com a usuária guia em produção de diálogo com as narrativas de parteiras sobre seus modos de cuidar. OBJETIVO: Discutir a Rede Cegonha, a partir da produção micropolítica do cuidado, tomando como analisadores as narrativas de parteiras e uma usuária como guia da investigação. DESENVOLVIMENTO: A constituição da RAC no AM está ancorada em uma pesquisa nacional aprovada

pelo CEP, sob nº 876.385/2013. Com a intencionalidade de investigar os processos de cuidar, tomou-se o livro “Pesquisador In Mundo” como uma de suas referências para a construção de uma pesquisa interferência, investigação que se dá em acontecimento, que traz o encontro como dispositivo gerador de afecções, potência de ação, forjado em ato. O processo investigativo seguiu em movimentos cartográficos, trazendo os deslocamentos e os efeitos no campo. Para ampliar a discussão sobre a RAC e a Rede Cegonha no contexto amazônico, produziu-se um espaço para uma Roda de Conversas com e entre Parteiras no Encontro Regional da Rede Unida, realizado em Manaus, em outubro de 2015. Um espaço privilegiado onde as parteiras estavam como protagonistas, dando visibilidade ao modo como cuidam de mulheres, afetando e sendo afetadas, pois se vinculam a vida. Trocas e compartilhamentos sobre suas experiências, histórias de vida e de partejar, em uma conversa entre elas e os participantes da roda e entre todos nós os envolvidos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os números absolutos da mortalidade materna estão altos no Amazonas e vem crescendo nos últimos seis anos, de 91,8/100.000 em 2009 para 93,6/100.00 em 2014, mesmo em Manaus onde essa taxa vinha diminuindo, a partir de 2013, voltou a subir. A taxa de cesárea, outro, importante indicador para a redução da mortalidade materna, no Amazonas chega a 60%, quando deveria oscilar entre 10 e 15%. Estes números causaram incomodo e provocaram a necessidade de abrir um campo que nos permitisse de forma curiosa e ativa olhar para as práticas, fazeres e saberes de modo que, ao questioná-los, também nos deslocássemos para trazer novos pontos de vistas. Isto se deu pelos movimentos pelas redes vivas, exatamente o que aconteceu no encontro vivenciado com parteiras e com os encontros com a usuária guia e suas redes de conexões existenciais. A usuária guia

vivenciou: insegurança, desde o período do seu pré-natal; volta para casa com medo de “perder a hora”, de perder seu filho; constrangimentos nos atendimentos e múltiplos toques; divergências em avaliações e condutas; falta de escuta e de olhar atento e criterioso às suas necessidades. Na roda de conversa com parteiras, onde estavam presentes a parteira guia “N” e, mais nove parteiras, sendo uma delas do Pará, as narrativas seguiram sobre os modos de cuidar, a prática de “pegar barriga” e o estímulo para que a mulher se sinta fazer do momento do parto um momento especial, com conversas e, por vezes, sorrisos e cantorias, escuta e olhar atentos e centrados na mulher, pois interessa o que ela quer, sem que precise passar por constrangimentos, oferecer o melhor para a hora do parto - aliando o saber tradicional e a criatividade para o alívio das dores, o conforto e a segurança da mulher antes, durante e depois do parto. Dessa forma, as parteiras como cúmplices e parceiras, apresentavam a mulher como protagonista do nascimento do seu filho, ambas comprometidas com a cena. As reflexões sobre os modos de cuidar precisam ser ampliadas: Qual mesmo o lugar dos saberes que produzem vida, do saber cuidadoso, na rede cegonha? O que é mesmo partejar? Como a arte de partejar se manterá pelas gerações? Como a usuária guia poderia ter experienciado uma gravidez sem tanto medo, angustias e ansiedades? CONSIDERAÇÕES FINAIS: A investigação compartilhada tendo uma usuária como guia e a experiência vivenciada com parteiras, em produção de narrativas, reforça a ideia de que precisamos nos atentar para a micropolítica da produção do cuidado, trazendo a mulher em sua centralidade. As parteiras em seu saber tradicional e em seus encontros produtores de afecções nos falaram sobre isso, ao trazer da delicadeza dos modos de cuidar da vida - Uma dobra necessária da arte de partejar com a Rede Cegonha.

PARTO HUMANIZADO: DESENVOLVIMENTO SEGUNDO A RDC 36/2008 EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Thiago Pereira Kovalski, Daiane Picolotto, Scheila Tatiani Kiraly, Regina Helena Medeiros

Palavras-chave: Humanização, Assistência de enfermagem, Obstetrícia, RDC nº 36/2008

INTRODUÇÃO: De acordo com a Política Nacional de Humanização, “humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. A humanização no momento do parto implica em atitudes acolhedoras, delicadas e afetuosas dos profissionais de saúde em relação à parturiente, respeitando os tempos de seus corpos e propiciando um ambiente agradável e confortável. Considerando a importância do parto humanizado para a promoção da saúde do binômio mãe-bebê e as dificuldades de implantação do mesmo, é de extrema relevância demonstrar a implantação e os fatores dificultadores desta. OBJETIVO: Descrever a aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, relativas a RDC nº 36, para o parto humanizado, em um centro obstétrico (CO) de um hospital de ensino da Serra Gaúcha, no período de 2005 a 2014, bem como comparar os requisitos da RDC nº 36 e os existentes em um Hospital Escola. Método: estudo transversal descritivo e comparativo, cuja coleta de dados ocorreu através da análise das legislações/diretrizes vigentes acerca do parto humanizado: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000; Portaria nº 1.067 de julho de 2005 (institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal); Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal:

Portaria nº 067/2005; Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal: RDC nº 36/2008; Caderno HumanizaSUS volume 4: Humanização do parto e do nascimento/MS, 2014; Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 (visa garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante no âmbito do SUS. Foram avaliados os requisitos que possuem estreita relação com a humanização do cuidado multiprofissional à parturiente, correspondendo, neste estudo à quatro requisitos: higienização das mãos; processos operacionais assistenciais; ambiência; equipamentos, materiais e medicamentos. As quatro diretrizes recomendadas pela RDC 36/2008 foram comparadas com o que já foi implantado no CO do hospital em estudo, de 2005 a 2014. O referido estudo foi aprovado pela Comissão Científica Editorial sob o protocolo nº 01/2015 e os pesquisadores assinaram um Termo de Confidencialidade. RESULTADOS: O hospital vem, desde 2005, introduzindo de forma gradativa as recomendações do Ministério da Saúde. Os itens descritos em relação ao Parto Humanizado na RDC nº 36/2008, incluídos neste estudo foram: higienização das mãos; processos operacionais assistenciais (acolhimento, recursos humanos, humanização); ambiência (quarto PPP); equipamentos, materiais e medicamentos. O acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Na instituição, o acolhimento é realizado pelo profissional enfermeiro e é fundamentado na escala Manchester (2008), adaptado a realidade e utilizado desde 2013. A técnica adotada para Higienização das mãos segue a recomendação ANVISA com 11 passos, e com 5 momentos de abordagem na parturiente. No CO existem locais em diferentes

ambientes para lavagem de mãos, como consultórios médicos, sala de admissão e sala de recuperação. Os benefícios dessas práticas são a redução de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos. Quanto a humanização da atenção e gestão da saúde, segundo a RDC nº 36/2008, desde 2013, são contempladas medidas para a humanização do trabalho de parto como: alívio da dor com bola suíça e massagem, deambulação, banho de chuveiro e a presença de acompanhante e o alojamento conjunto. O CO possui chuveiros contendo barras para suporte e cadeira, podendo ser utilizado a bola nesse momento e acompanhamento do familiar. Este método é utilizado em 90% dos partos normais, com aderência de 100% da equipe. O hospital investe continuamente em capacitações. Utiliza-se o parto Leboyer ou parto sem violência. São realizados em torno de 10 partos deste tipo mensalmente, pois não são todos os médicos que aderiram a técnica. No Contato pele a pele, o RN a termo com boa vitalidade deve ser posicionado sobre o abdome da mãe por, no mínimo, um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar, para só então realizar-se o clampeamento. Após realizado o atendimento e o RN, em condições adequadas, ele é colocado no seio materno. No caso de parto cesárea, após o atendimento do RN, se o mesmo estiver em condições adequadas é levado até a mãe, juntamente com o familiar, com estímulo ao aleitamento materno. Segundo a RDC nº 36/2008, os serviços devem possuir equipamentos, materiais e medicamentos para prestar assistência ao parto normal sem distócia e cirúrgico, instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo materiais para alívio não farmacológico da dor, materiais de emergência para reanimação, medicamentos para urgência e emergência clínica e básicos para uso obstétrico, nos quais, também, são contemplados. Os principais medicamentos utilizados no CO

são: sulfato de magnésio, misoprostol, anestésicos peridurais, ocitocina e AZT. Houveram 406 partos, de janeiro a março de 2015, sendo 215 normais e 188 cesáreos. A alta taxa de partos cesáreos deu-se em função da referência para gestantes de alto risco no serviço, atendendo a demanda de 49 municípios com uma população de um milhão de habitantes. E a partir do mês de fevereiro houve a implantação de um protocolo institucional onde é direito da parturiente com um parto cesárea anterior, optar por realizar parto cesariana ou parto normal. Este protocolo apresenta respaldo legal e é baseado no manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, de 2010. Porém, para um estudo mais específico sobre o tema, faz-se necessário analisar as indicações do parto cirúrgico, de cada caso. Observa-se que os fatores dificultadores ao processo de parturição hospitalar, tanto em nível de saúde pública quanto privada, são centrados no modelo biomédico e nas tecnologias duras, e esta concepção pode incidir diretamente nas elevadas taxas de cesarianas, muito maiores do que os 15% recomendados pela OMS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em 10 anos o hospital conseguiu adequar-se nos processos de trabalho e cuidados humanizados ao parto, priorizados pela RDC nº 36, exceto no quesito de área física, como corredor próprio para deambulação e banheira para parto normal, o que atualmente a parturiente realiza esse cuidado de deambulação no próprio corredor interno do CO sob acompanhamento do familiar e ou da enfermagem. Porém almeja-se que estes quesitos sejam contemplados na nova área em construção. A consolidação do processos de trabalho e de cuidado visando o parto humanizado são conquistas entre as equipes de saúde do CO.

PELE SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DO MELASMA SOLAR

Wanderlane Fernandes da Silva Lacerda

Palavras-chave: Pele, Autoestima, Fotoproteção

Visualmente a pele bem tratada, com aspecto saudável, é um fator primordial para uma boa aceitação na sociedade e uma autoestima elevada. O rosto é considerado uma das maiores preocupações estéticas. A aparência da pele nesta região do corpo sofre com influências de diversos fatores como: variação hormonal, alimentação, estresse, incidência solar entre outros. o presente trabalho mostra de qual maneira estão prevenindo o melasma solar, tendo como principal objetivo avaliar a prevalência deste mal na população da cidade de Manaus. Foi realizada uma pesquisa com um questionário de 10 perguntas no primeiro semestre de 2015 nos frequentadores do balneário Ponta Negra, para avaliar o que utilizam para proteção dos raios solares. Espera-se que este trabalho possa contribuir com suas orientações quanto aos cuidados a serem adotados para amenizar os problemas causados pelo sol à população.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS

Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Adilson Ribeiro Santos, Nathalie Oliveira Gonçalves, Sérgio Donha Yarid

Palavras-chave: Bioética, Ética, Atenção primária à saúde, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: A Reforma Sanitária na década de 80 marcou a história das políticas públicas de saúde, pois, a atenção à saúde

que até então estava focada nas práticas hospitalares tomava outros rumos. A partir de então a saúde passou a ser direito de todos e dever do estado e após a reforma foram traçados novos moldes para a saúde pública, voltados para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Neste contexto, o Programa Saúde da Família - PSF foi implantado com intenção de uma reorientação na atenção à saúde, direcionando as práticas de saúde voltadas ao coletivo e a família, este programa posteriormente foi mais bem denominado como Estratégia Saúde da Família – ESF. A ESF é a porta preferencial de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde – SUS e tem como proposta o estabelecimento de vínculos, acolhimento dos usuários e resolutividade nas necessidades demandadas. A atenção à saúde se difere quanto ao nível como primário, secundário e terciário. Desta forma, os serviços oferecidos se diferem quanto aos cenários, instituições, as crenças e condutas dos profissionais e usuários e assim, as soluções dos problemas encontrados e, sendo assim, os problemas éticos encontrados na produção do cuidado também se diferem quanto ao nível. Os problemas éticos encontrados na atenção hospitalar estão bem descritos na literatura, pois, tais problemas são mais dramáticos que os da atenção primária. E, por conseguinte, é de suma importância a identificação destes problemas éticos pelos profissionais de saúde na APS, pois, tais problemas são menos percebidos neste âmbito por não se tratar de caso de vida e morte. A ESF por envolver uma assistência de alta complexidade e baixa densidade tecnológica é importante que os profissionais adquiram habilidade, além de identificar, solucionar os problemas éticos na produção do cuidado. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais da Estratégia

Saúde da Família sobre os problemas éticos vividos na atuação profissional. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 26 enfermeiros, 12 médicos e 15 cirurgiões - dentistas que compõem as equipes de Saúde da Família de um município do sudoeste da Bahia - Brasil. Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde - IPE/APS que contém 41 questões em escala likert que visa à mensuração de problemas éticos na Atenção Primária à Saúde - APS. Os dados do IPE/APS estão divididos em 03 grupos e para este estudo foi abordado os dados do segundo grupo, que se refere às relações entre as equipes e é composto por 09 problemas éticos, onde, os profissionais assinalam se concebem a afirmativa como problema ético ou não. Válido ressaltar que o IPE/APS foi construído com base em estudos anteriores com profissionais da APS, onde foram apontados os problemas éticos que acontecem na atuação profissional. Desta forma, todas as afirmativas são consideradas como problema ético. Os dados foram analisados no SPSS 21.0, sendo utilizada a estatística descritiva demonstradas com frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, tendo recebido parecer favorável com o nº 475.600. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Com relação à afirmativa que diz: os profissionais das equipes de ESF atuam com falta de compromisso e envolvimento, todos os profissionais consideraram a afirmativa como um problema ético. Na afirmativa que diz: as equipes de saúde da família não colaboram umas com as outras, apenas 1 (3,8%) enfermeiro não considerou como um problema ético. A parceria entre as equipes próximas é salutar para a resolução imediata de alguns problemas que porventura possam acontecer, principalmente, no que diz respeito a falta de insumos. Nas

afirmativas que dizem respeito a existência da falta de respeito entre os membros da equipe da ESF e que os profissionais da equipe não apresentam perfil para trabalhar na ESF, todos os profissionais consideraram as afirmativas como problema ético. Com relação à dificuldade de cumprir, na prática, o papel e as responsabilidades de cada profissional da equipe de Saúde da Família, apenas 4 profissionais não consideraram como problema ético, sendo 3 (11,5%) enfermeiros e 1 (6,7%) cirurgião-dentista. Apesar de poucos profissionais não considerarem como problema ético, este é um problema que pode ocorrer quando alguns profissionais que estão inseridos na ESF não terem perfil ou afinidade para trabalhar na saúde coletiva. Todos os profissionais consideraram um problema ético na afirmativa: profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada. Na afirmativa: usuários pedem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, apenas 1 (3,8%) enfermeiro não considerou como problema ético. É importante ressaltar que é imprescindível manter a confidencialidade das informações dos pacientes e está expresso na carta dos direitos dos usuários da saúde, exceto quando autorizado pelo usuário, imposição da justiça ou quando seu estado de saúde coloque em risco a comunidade. Na afirmativa relacionada aos funcionários da UBS levantarem dúvidas sobre a conduta do médico da equipe da ESF, 2 profissionais não consideraram como problema ético, sendo 1 (3,8%) enfermeiro e 1 (6,7%) cirurgião-dentista. Referente aos usuários pedirem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, mesmo em situação em que seja necessária a participação da família no cuidado, todos os profissionais

consideraram como problema ético. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Foi possível notar que a maioria dos profissionais percebe as situações - problemas que lidam no dia a dia com problemas éticos. Porém, ainda assim, apesar de todas as afirmativas constarem como problema ético no IPE/APS, alguns profissionais entendem que não são. A não percepção destes problemas quer seja pelo fato de ocorrerem diariamente tornando-o como normal da rotina, quer seja pelo fato do profissional ter dificuldade em perceber e diferenciar os problemas existentes na APS pode gerar a não eficácia da resolução destes problemas. Pode-se perceber, portanto, a necessidade da formação continuada dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família, a fim de abrir espaços de diálogo e reflexão sobre os conflitos éticos vividos na atuação profissional.

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS PRESOS DE PENITENCIÁRIAS DE REGIME FECHADO LOCALIZADAS EM CUIABÁ - MATO GROSSO

Everton Rossi, Reni Aparecida Barsaglini

O presente relato de pesquisa parte da perspectiva de profissionais de saúde atuantes nos serviços de saúde internos a penitenciárias localizadas em Cuiabá/MT, sobre a população atendida – os presos. Ressalta-se que estes são sujeitos em situação de confinamento, no entanto, cidadãos que mantêm direito garantido constitucionalmente de acesso à atenção à saúde. Trata-se de percepções, diante das quais procedemos a uma tipificação dos presos e que apresentaremos neste trabalho. As tipificações são provenientes das interações sociais na vida cotidiana, em que são estabelecidas generalizações, com utilidade prática que facilitam o

pensamento e as ações. Diante de uma construção compartilhada socialmente, cotidianamente sedimentada por um acervo de conhecimentos prévios, os profissionais em seu trabalho empreendem uma classificação baseada em ideias generalizantes que circulam na sociedade mais ampla na qual se inserem, sintetizando experiências pessoais e alheias. Em um processo dinâmico tal classificação é elaborada e reelaborada no dia a dia pelas interações heterogêneas, pelas quais reúnem aspectos comuns numa só ideia, que as fixa e define, mas tais generalizações são refeitas permanentemente. Nesse sentido, parece útil a compreensão acerca da percepção, fundada na experiência, ou seja, baseada nas interpretações que transcorrem no cotidiano, que não se limita à prática profissional, uma vez que, envolve também valores dominantes e circulantes na sociedade. Trata-se de um recorte de estudo qualitativo mais amplo, inspirado em pressupostos da fenomenologia de Alfred Schutz, o qual compôs um banco de dados do material empírico advindo de entrevistas com 25 profissionais de saúde, fotos, diário de campo; coletados ao longo de 10 meses de trabalho de campo em três penitenciárias de regime fechado localizadas em Cuiabá/MT. Este banco de dados foi consultado para a produção dos dados aqui descritos. Assim, baseados nos relatos dos profissionais de saúde identificamos uma classificação subjacente dos presos como: 1) “instrumento de trabalho”, entendido como objeto sobre o qual incide a ação do trabalhador, no caso, profissionais de saúde aos quais cabe o cuidado daquela população, aplicando seus conhecimentos e práticas em corpos que manifestam desajustes orgânico-corporais em um ambiente de privação de liberdade vigiando para que a não atenção não venha compor a punição; 2) “seres humanos”- pressupõe um cuidado digno e ético, àqueles que incorreram erros, mas talvez

por isso mesmo, humano como todos; 3) “paciente/delinquente” - caracterizado pelo olhar neutro do profissional como alguém a ser cuidado como qualquer outra pessoa (paciente) e que se encontra em cumprimento de pena, porém sem ser julgado pela infração cometida o que já foi feito pelos órgãos da Justiça; 4) “vítimas das desigualdades sociais”- interpretados como sujeitos que não tiveram oportunidades sociais, tais como: de estudo, habitação, saúde, lazer, restando talvez, a alternativa de entrar para o mundo do crime, embutindo ainda, a ideia de que partes dos infratores da lei são provenientes da população socialmente desfavorecida, podendo comportar uma associação equivocada entre marginalização e pobreza. Identificamos, também, como critério classificatório grau de periculosidade dos presos os quais são informados: a) “por valores morais”- responsáveis pela manutenção da ordem social que, neste caso, as leis formuladas a partir dos conceitos éticos e morais são ignoradas, em que se destacam os delitos sexuais (atentado violento ao pudor, estupro, pedofilia); b) “pela liderança e capacidade de planejar fugas”- neste caso são citados com alto grau de periculosidade, talvez pelo poder, astúcia, influência e liderança que exerceram anteriormente à reclusão e que transpõem à instituição penitenciária, podendo causar possíveis desordens como motins e rebeliões. Tornam-se dessa forma, uma presença de grande ameaça para a segurança, vigilância e disciplina e, por conseguinte, para os profissionais de saúde e a toda penitenciária tanto para o desempenho das atividades como para a vida. Destaca-se que internamente, tais presos podem ser identificados pelo local de residência, ou seja, pelas alas específicas; c) “por antecedentes de delito de grande comoção e repercussão midiática”- presos envolvidos em crimes sexuais e chacinas estariam neste grupo de classificação,

especialmente pelas situações e práticas com certo requinte de crueldade, por vezes sem motivação aparente e com grande repercussão nos meios de comunicação. Em todos os casos, no entanto, observamos que os profissionais se esforçam em evitar que tais classificações influenciem o cuidado e, para tanto, empregam estratégias cotidianas como preferir não saber do delito cometido, pois acreditam que saber pode comprometer o cuidado ofertado. Há uma tentativa de manutenção da neutralidade, não emitindo juízos para não despertarem sentimentos como medo, raiva, que de certa forma poderia alterar o comportamento e a conduta frente aos presos. Por outro lado, há algumas situações que despertam a curiosidade em saber do delito cometido ou ficam conhecendo-o por acaso porque tais informações circulam pela unidade prisional via outros profissionais ou mesmo pela mídia. E, há duas situações em que os profissionais fazem questão de saber do delito: ao atender ou trabalhar no mesmo local (no caso dos presos que trabalham em diferentes setores da penitenciária, inclusive na enfermaria – são chamadas “celas livres” que foram selecionados e tem remissão de pena proporcionalmente aos dias trabalhados) e justificam por questões de segurança pelo fato de haver muitas mulheres como profissionais na área de saúde. A outra situação deve-se à categoria profissional que para atender precisa saber por que o preso está ali. Assim, a percepção dos profissionais acerca dos presos, oscila entre classificações diversas e às vezes não muito claras porque também embutem a compreensão repleta de imprecisão sobre o que leva as pessoas a cometerem delitos como algo inato ou construído socialmente. A este respeito nota-se outra classificação em que se distinguem aqueles sujeitos que quase acidentalmente cometeram delito, vistos como recuperáveis e, então, com potencial para ressocialização que

denominaram “reeducando mesmo” (embora institucionalmente todos assim sejam chamados); daqueles outros que parece terem se envolvido ou optado pela vida do crime quase como profissão (aqui notamos alusão a uma herança moral consanguínea e/ou de convivência com o mundo do crime) não apresentando potencial para recuperação, que alguns designaram de “preso-presos,” como sujeito que voltará à criminalidade. É oportuno lembrar que as reincidências atestam tal percepção. Conclui-se que a classificação pauta-se em grande parte pela periculosidade, pelo tipo de delito cometido e pela motivação ao crime oscilando no seu caráter físico e moral. Dessa forma, nota-se o esforço dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias de lidar com a diversidade sociocultural da população em privação de liberdade a qual tem o direito à saúde formalmente garantida pelo Estado por meio do princípio da universalidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Assim, busca prover o cuidado equânime reconhecendo a diferença desta população e das suas necessidades, cujo contexto prisional imprime peculiaridades, mas que não justifica desigualdade de direitos.

PERCURSOS E OBSTÁCULOS DE UM TRANSEXUAL: UMA HISTÓRIA DE VIDA

Karen Weingaertner Del Mauro, Ana Paula Gossmann Bortoletti

Palavras-chave: Transexualismo, Políticas Públicas, Sexismo

APRESENTAÇÃO: O transexualismo possui vários significados de acordo com a necessidade de aplicação, seja ela biomédica através de um CID, seja jurista em artigos de leis, porém para este trabalho as que mais se adéquam são as definições dadas por Luiz Alberto David Araújo¹ e

Letícia Lanz². Luiz Alberto David expõe que não há dúvida de que o transexualismo é uma alteração da psique. Essa alteração, se examinada em cotejo com o padrão de regularidade (identificação do sexo psicológico com o sexo biológico), dificulta a integração social, que deve ser vista sob o prisma do transexual (como sujeito de direitos e obrigações como todos nós) e não sob o prisma da maioria, que, num primeiro momento, segrega, rejeita e impede essa integração.” Para Letícia Lanz: “Pessoa “trans” é aquela que está em permanente “trans-formação”, disposta a “trans-por” todos os obstáculos. É aquela pessoa que “trans-gride” regras e padrões de conduta, “trans-mitindo” à sociedade, de forma absolutamente “trans-parente”, novas ou inexploradas possibilidades de realização. Pessoa “trans” é aquela que “trans-cende” a si mesma, tentando expressar ao mundo a pessoa que ela realmente é, em vez da pessoa que o mundo acha que ela deveria ser.” . O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988, que em suas diretrizes estabelece o acesso a saúde como sendo universal e igualitário. Quando consideradas estas diretrizes em muito nos deparamos com o seguinte questionamento: Universal e igualitária para quem? Nos fizemos esta pergunta porque, estes termos haveriam de ser livre de preconceitos e preconceitos em sua prática, porém sua aplicação dá-se por pessoas com histórias, costumes e certezas. Sob esta perspectiva o Ministério da Saúde lançou em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das

desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais³. Objetivo: Este texto tem como objetivo compartilhar a breve história de vida de uma transexual até sua decisão de realizar a cirurgia de redesignação de sexo. Descrição da experiência: Este trabalho provém de um estudo acadêmico realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil. Para a realização deste estudo de caso, foi selecionada uma paciente que submeteu previamente a uma cirurgia de redesignação de sexo. Foram respeitados os aspectos éticos e a identidade da paciente permaneceu em sigilo. Resultados: M.E.L. (nome fictício) nasceu em dezembro de 1980 na cidade de Porto Alegre. Relatou que desde muito cedo já notava que era diferente das outras crianças, pois não se identificava como um menino. Entre seus 6/7 anos de idade já tinha certeza que havia alguma coisa errada, pois não se via como homem, sempre teve medo de expor o que sentia. Aos 12 anos enquanto brincava com as primas, sentiu vontade de vestir as roupas das tias também, foi quando seu pai entrou no quarto e o tirou de lá com força gritando que filho dele não era marica e que assim que atingisse a maioridade o levaria em um “puteiro”. Foi relatado que por toda sua adolescência sempre foi amigo das meninas, pois sempre se identificou mais com elas. Com isso sempre foi alvo de piadas entre os garotos. Sua mãe descobriu que um amigo que ele tinha era “boiola” (gay) e o proibiu de andar com ele. Neste momento a M.E.L. relatou que enfrentou a mãe e disse que continuaria sendo amigo dele, pois era “boiola” também. A partir disso sua mãe não opinou, nem questionou mais suas amizades, mas nunca teve coragem de adentrar o assunto. Aos 14 anos seu pai, com 47 anos, faleceu após um AVC. Comenta que por mais que tenha sentido a perda, diz que Deus foi bom levando seu pai mais cedo, pois não saberia agir se seu pai ainda fosse vivo. Aos 19 anos tomou coragem e

contou como se sentia para a madrinha, sempre teve um afeto maior por ela. Relatou que não esperava a resposta que obteve, pois, sua madrinha lhe disse que sempre notara algo diferente nele, porém nunca quis questionar, pois aguardou uma atitude do afilhado. Após um ano relatou tudo para sua mãe, a qual não aceitou e negou o que estava ouvindo; M.E.L. disse que se ela não a aceitasse iria embora viver sua vida como sempre desejou. Com isso, sua mãe aceitou o caso, pois não queria que seu filho a deixasse morando sozinha. Relatou que com 23 anos começou a fazer programas em busca de prazer, nunca precisou contar com o dinheiro que recebia para sobreviver. Aos 25 anos iniciou tratamento hormonal por conta própria, fez a escolha do hormônio por pesquisa “boca de urna” com suas amigas. Aos 33 anos iniciou tratamento para o HIV. Soube através de amigas sobre a cirurgia de redesignação de sexo e foi até a UBS solicitar o encaminhamento para participar do programa, evidenciou que buscou o atendimento com um único propósito: o encaminhamento para o grupo, pois não gostava do atendimento recebido na UBS, por parte de alguns funcionários. Apesar de ter um nome feminino, o médico da unidade desrespeitava sua identidade de gênero chamando-a sempre por seu nome masculino. Após dois anos em participação assídua no grupo e realizada todas as consultas, foi encaminhada para o urologista onde foi agendada a data em que seria realizado o procedimento. Internou no hospital em maio de 2015, a cirurgia foi realizada no dia 8 de maio. Considerações Finais: Por meio deste estudo de caso, pôde-se observar as dificuldades enfrentadas por membros do grupo LGBT, tanto no que tange o círculo familiar e social, quanto no acesso aos serviços. Observou-se o preconceito no acesso a atenção básica, ao modo que era preferível pagar por uma consulta particular, ou mesmo, permanecer

doente, do que procurar atendimento e ser exposta ao preconceito. Trazendo à tona o questionamento: Universal e igualitário para quem? Considera-se, a importância de debates acerca do tema com as equipes de saúde, principalmente na atenção básica considerada a porta de entrada da população. É de suma importância que esta porta permaneça aberta para que todo e qualquer usuário dos serviços de saúde, incluindo a população LGBT sejam acolhidos e atendidos com dignidade e livre de preconceitos.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS QUEIMADURAS: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Gabriela Oliveira Parentes da Costa, Josué Alves da Silva, Ariane Gomes dos Santos

Palavras-chave: Queimaduras, enfermagem, terapêutica, assistência e diagnóstico

APRESENTAÇÃO: Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos, ocasionadas por agentes químicos, físicos e biológicos. Podem ser classificadas quanto à profundidade. Primeiro grau, quando as lesões atingem somente a camada epidérmica; segundo grau, quando há comprometimento da epiderme e a camada superficial ou profunda da derme; e, terceiro grau acometendo, além da pele, outros tecidos como o subcutâneo, músculos, tendões e até mesmo os ossos. Quanto maior a área corporal queimada, maior o índice de mortalidade. As causas mais frequentes das queimaduras são exposição ao fogo, água fervente, corrente elétrica, agentes químicos, solução cáustica, entre outros. No Brasil, o número de Centro de Tratamento de Queimados é desproporcional à demanda. A complexidade no tratamento de queimados requer investimentos financeiros, adequação da infraestrutura

e equipe especializada e preparada. A realização desse estudo justifica-se pela necessidade de compreender o perfil de pacientes acometidos por queimaduras, bem como verificar como ocorre o trabalho da enfermagem diante dessa problemática, identificando as dificuldades encontradas na assistência ao binômio paciente e familiar. Tendo como principal objetivo verificar a importância da assistência de enfermagem a pacientes queimados. Os objetivos específicos: identificar o perfil clínico e epidemiológico do paciente acometido por queimaduras; identificar os principais desafios da equipe de enfermagem no cuidar do paciente queimado e evidenciar subsídios científicos que contribuam para assistência de enfermagem por meio da aplicabilidade do Processo de Enfermagem (PE) a pacientes e familiares de pacientes queimados.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: Quais as evidências disponíveis sobre os cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras? O período da coleta de dados foi de setembro 2014 a janeiro de 2015 na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, por meio das bases de dados LILACS, SciELO, IBICS e MEDLINE. O recorte temporal foi de 2000 a 2014. Para sistematizar a coleta da amostra foram utilizados descritores controlados, todos de acordo com BIREME.

RESULTADOS: Vários estudos concluíram que os indivíduos do sexo masculino são os que mais se envolvem em queimaduras e as causas prevalentes são contatos acidentais com líquidos quentes e manejo de álcool e a maioria ocorreram em ambiente doméstico atingindo principalmente os membros superiores. Em relação ao perfil epidemiológico das queimaduras em crianças e adolescentes dois estudos transversais com 182 e 382 pacientes, respectivamente,

também encontraram os mesmos desfechos dos autores já citados, além da maior incidência em menores de 6 anos. Segundo a classificação, as queimaduras de 1^o e 2^o graus foram as mais prevalentes. O ambiente doméstico é o local onde ocorre a maioria das queimaduras sendo a cozinha o compartimento da casa com maior índice dessas ocorrências principalmente com líquidos superaquecidos e ocorrem geralmente ao se puxar panelas quentes sobre o fogão, mexer com lamparinas, velas entre outros, comprometendo na maioria das vezes os membros superiores. O álcool é um produto inflamável e de livre comercialização no Brasil, sendo utilizado para limpeza doméstica, combustão de lenha, carvão e armazenado em locais de fácil acesso. Este produto foi a segunda substância com maior envolvimento em acidentes por queimaduras. Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução Nº 46, proibiu a fabricação e a venda do álcool líquido a 96º GL (Gay-Lussac) no País, sendo permitida a venda em concentrações iguais ou menores que 54º GL e até o volume de 50 mililitros. Durante os 6 meses de proibição da venda desse produto houve a redução de 60% (90 mil adultos e 27 mil crianças) no número de acidentes com esse produto. Entretanto, uma liminar a favor de um grupo de fabricantes do produto foi concedida e os números de acidentes por queimaduras voltaram a subir. A falta de informação pode ter influência direta sobre os altos índices de queimaduras uma vez que 90% dos pacientes pesquisados possuem baixo nível de escolaridade. Um estudo em que buscou conhecer as perspectivas da equipe de enfermagem em cuidar de pacientes queimados evidenciou que os entrevistados sentem prazer em poder contribuir na evolução da melhora do quadro clínico do paciente e o êxito do empenho refletido no momento da alta hospitalar. Os desafios

enfrentados pelos profissionais segundo o estudo foram: o choque inicial ao se deparar com o paciente, a dificuldade em lidar com o julgamento de culpa do familiar, no caso a mãe em relação a como ocorreu o evento da queimadura afetando a relação da equipe com o paciente e família. Também citaram o despreparo para trabalhar com crianças, o convívio com o sofrimento do paciente e sua dor e a necessidade de maior preparo por parte das instituições de ensino na formação dos futuros profissionais para atuarem nessa área. Muitos profissionais possuem um sentimento de impotência diante da dor do paciente, além de estresse da equipe em lidar com essa situação. Para alguns profissionais o setor de queimados foi o mais difícil que tiveram que exercer durante a profissão. Além do estresse, relataram ainda sentimento de impotência em lidar com a dor do paciente queimado e dificuldades em trabalhar com pacientes que já tentaram suicídio. Além das dificuldades físicas e emocionais com as quais os enfermeiros têm que conviver existem também as dificuldades em programar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Devido principalmente ao tempo despendido para documentar manualmente as informações e a falta de recursos tecnológicos para ajudar nesse processo. Dois autores fundamentados cientificamente, implementaram um Software (PROGQUEM) para aplicação do PE em uma unidade de queimados, esse sistema mostrou-se eficaz na organização das informações das etapas do processo, proporcionando agilidade e permitindo que o enfermeiro tenha mais tempo para cuidados diretos e individualizados aos pacientes. A inserção do prontuário eletrônico como um instrumento facilitador melhora a comunicação entre a equipe proporcionando rápida troca de informações sobre exames, necessidade de transferência internas, passagem de plantão, tomada

de decisões e principalmente a otimização do tempo, permitindo ao enfermeiro maior disponibilidade potencializando a resolutividade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo mostrou a grande relevância da assistência de enfermagem a pacientes queimados. Observou-se que os fatores que causam queimaduras são evitáveis, na maioria das vezes, e que o aumento crescente de estatísticas sobre queimaduras a tornam um grave problema de saúde pública. Dessa forma, torna-se importante a realização de educação em saúde nas escolas, hospitais, unidades básicas de saúde e na própria comunidade, a fim de evitar acidentes domésticos que culminem em queimaduras, isso contribuiriam para a diminuição da morbimortalidade causada por esse agravo. Torna-se importante a realização de trabalhos educativos sobre o tema em escolas já que as crianças e adolescentes também fazem parte do perfil epidemiológico das queimaduras. Esse estudo mostrou um avanço nas publicações entre os anos de 2011 a 2014, vislumbrando, assim, a elevação do interesse pela área em questão. Porém, ainda é necessária a realização de mais estudos para fortalecer as evidências sobre a assistência de enfermagem a pacientes queimados.

PERFIL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA E AS REDES DE APOIO ACESSADAS POR ELAS NO PROCESSO DE CUIDADO

Talita Catarina Luiz

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública, Criança Portadora de deficiência, Família, Apoio Social

APRESENTAÇÃO: Estudo qualitativo descritivo com o objetivo geral de identificar o perfil das famílias de crianças com deficiência quanto à sua estrutura e

as redes de apoio acessadas por elas no processo de cuidado. **METODOLOGIA:** A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário semi-estruturado em uma Instituição não governamental que atende crianças com deficiência em Campo Grande, MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **RESULTADOS:** O estudo foi realizado com 42 famílias em que 70% era composta por 4 integrantes, em 90% as mães toma as decisões e assume os cuidados domiciliares das crianças, em 84% deixaram o emprego para assumir os cuidados com a criança e o pai passou a ser o suporte financeiro da família, e em 82% não receberam informações sobre as redes de apoio disponíveis que auxiliam no cuidado e desenvolvimento da criança. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste contexto as redes de apoio são fontes de fortalecimento para a família e para a criança no sentido de superar os sentimentos e as adversidades. Logo é fundamental que o enfermeiro consiga identificar as fragilidades da família para que possa atuar e transformá-las em pontos fortes

PERFIL DAS PARTURIENTES E SEUS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL-ESCOLA EM MATO GROSSO DO SUL

Simone Sousa Oliveira Fonseca, Maria Auxiliadora de Souza Gerck, Cristina Brandt Nunes, Marisa Dias Rolan Loureiro, Lucyana Conceição Lemes Justino, Maria Lúcia Ivo

Palavras-chave: alojamento conjunto, período os parto

APRESENTAÇÃO: O AC favorece os cuidados da mulher para consigo mesma, para com o RN e, contribui para participação, integração e formação de vínculo emocional

com o pai e a família, possibilitando ainda à equipe de Enfermagem orientar à puérpera por meio de demonstrações práticas sobre higiene, nutrição e cuidados com o RN. Esse sistema integrado de internação tem como algumas de suas finalidades contribuir para a humanização da assistência, redução do tempo de internação, do número de reinternações e da incidência de infecções hospitalares cruzadas. **OBJETIVO GERAL.** Descrever as características da população de puérperas e recém-nascidos assistida no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Delinear as características sociodemográficas da puerperal. Verificar os aspectos do RN quanto ao sexo, peso ao nascer e idade gestacional. **TIPO DE ESTUDO:** Estudo transversal e descritivo. **LOCAL DO ESTUDO.** O estudo foi realizado no AC da Maternidade do HUMAP, que é um hospital com gestão municipal e esfera administrativa federal, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e possui 267 leitos. Sua clientela é oriunda de demanda espontânea e referenciada do Sistema Único de Saúde, constituída em sua maioria por mães adolescentes, RN prematuros e gestantes de alto risco. **POPULAÇÃO E AMOSTRA:** A população foi constituída por 238 puérperas e seus 239 RN (um caso de gemelaridade) que estavam internados na referida instituição no período de coleta de dados, de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. Destas, 101 puérperas e 102 RN atenderam aos critérios de inclusão e apenas uma puérpera recusou-se a participar da pesquisa. A amostra foi selecionada por conveniência. Critérios de inclusão e exclusão Foram incluídas puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, independente do tipo de parto e diagnóstico médico e, RN em qualquer idade gestacional sem diagnóstico médico de doenças e que estivessem exclusivamente em AC na

companhia da mãe. Foram excluídos os RN indígenas, quilombolas e com diagnóstico médico de doenças, bem como puérperas indígenas, quilombolas e aquelas privadas de liberdade. **COLETA DE DADOS:** A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista e exame físico, no período de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. A consulta aos prontuários foi realizada para completar algumas informações necessárias. Aplicação do instrumento de coleta de dados Os históricos de Enfermagem utilizados à puérpera e ao RN foram previamente elaborados e testados por Gerck, Freitas e Nunes (2010), constituíram o instrumento de coleta de dados (ANEXO A). Os mesmos encontram-se embasados na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A coleta dos dados ocorreu em um único encontro com a puérpera e seu RN. A aplicação do histórico de Enfermagem (composto pela entrevista e o exame físico) foi realizada pela pesquisadora. **VARIÁVEIS DO ESTUDO:** Variáveis relacionadas à puérpera Número de filhos vivos, escolaridade, Renda mensal, Situação laboral, Idade, Situação conjugal, Profissão/ocupação, Tipo de moradia, Condições de moradia: refere-se à casa própria, alugada ou cedida, Destino da água. Variável relacionada ao recém-nascido para caracterização das variáveis relacionadas ao recém-nascido tem: Sexo: refere-se ao sexo feminino e masculino; Peso ao nascer considerado o peso na primeira hora de vida, neste estudo classificado como baixo peso menor que 2.500 g e peso normal igual ou maior que 2.500 g (BRASIL, 2011); Idade gestacional: refere-se à duração média normal da gestação em semanas. **TRATAMENTO DOS DADOS:** Os dados obtidos foram agrupados e relacionados segundo o objetivo desta pesquisa. Foi categorizada em bancos de informações no software Microsoft Office Excel® 2010 e submetidas à análise estatística simples

(frequência e percentual). **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS:** A realização da pesquisa foi autorizada pela instituição e foi assinado o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa, para consulta aos prontuários das puérperas e RN. Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as puérperas foram informadas, quanto ao objetivo deste estudo, do seu caráter sigiloso, e que se decidissem não participar da pesquisa não sofreriam prejuízos na assistência que lhes estava sendo prestada no momento, bem como ao seu RN, durante o período de internação na instituição. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado em 26 de março de 2013, sob Parecer n. 248.935. **RESULTADOS:** Fizeram parte do estudo 101 (42,43%) das 238 puérperas e 102 (42,67%) dos 239 RN internados na Maternidade do HUMAP, no período em que os dados foram coletados, 25 de julho a 31 de outubro de 2013. As puérperas que não atenderam aos critérios de inclusão totalizaram 137 (56,56%). Este número justifica-se, pois a instituição estudada é referência para gestação de alto risco destino da água a fossa séptica. Dos 102 RN estudados, 60 (59,4%) eram do sexo feminino, 58 (57,4%) foram classificados como termo completo e 98 (97%) possuíam peso igual ou maior que 2.500 g. **DISCUSSÃO:** Identificou-se que a maioria das puérperas é predominantemente jovem, estando entre 18 e 29 anos, consideradas pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico. Quanto à escolaridade, 57 (56,4%) entrevistadas declararam ter estudado de dez a 13 anos o que corresponde ao ensino médio (completo ou não). Duas puérperas informaram ter concluído o ensino superior. Nenhuma delas declarou falta de escolaridade. Em relação à situação laboral, 74 (73,2%) puérperas encontravam-se desempregadas e, destas,

57 (58%) afirmaram dedicar-se aos cuidados do lar, o que reflete em uma dependência financeira em relação ao parceiro e, na redução da renda familiar. No presente estudo a renda familiar de 87 (86,1%) das puérperas era de um a três salários mínimos. Considerando as condições de moradia, ficou evidente que as puérperas residiam em moradias próprias com condições hidrossanitárias satisfatórias, ou seja, 98 delas (97%) residiam em casa de alvenaria, 42 (41,5%) em casa própria e 60 (59,4%) tinham como destino da água as fossas sépticas. Quanto ao perfil do RN, 60 (59,4%) eram do sexo feminino. A idade gestacional de 58 (57,4%) RN correspondeu ao termo completo. Relativo ao peso de nascimento, 98 (97%) RN nasceram com peso igual ou maior que 2.500 g. O peso ao nascer é considerado, na atualidade, como melhor preditor padrão de saúde do neonato. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados obtidos estimularam a busca de conhecimentos e evidenciaram a importância de conhecer a população usuária desse serviço a fim de executar o planejamento e execução da assistência de enfermagem. Estudos que possibilitem a elaboração de intervenções de enfermagem direcionadas as necessidades da população estudada são necessários, objetivando o aprimoramento da assistência para a clientela em questão. Espera-se que a identificação dessas necessidades possa auxiliar na implementação do PE e, no favorecimento de ações rápidas e eficazes para resolução dos problemas encontrados.

PERFIL DE ADULTOS E IDOSOS CARCERÁRIOS COM ESCORE POSITIVO PARA TRANSTORNOS MENTAIS

Juliana Ferreira da Silva, Dra. Gylce Eloisa Panitz Cruz, Bárbara Cristina Santiago Martins, Fabiana de Castro Sampaio,

Adriana Gonçalves de Oliveira, Patrícia Peres de Oliveira, Juliano Teixeira Moraes

Palavras-chave: Enfermagem em saúde comunitária, Enfermagem geriátrica, Saúde mental,

APRESENTAÇÃO: No Brasil, entre as décadas de 40 e 60, houve redução significativa da mortalidade, altos níveis de fecundidade e uma população jovem com expressivo crescimento. A partir do final dos anos 60 os níveis de fecundidade reduziram, desencadeando o processo de transição demográfica e, como resultado, o país vem apresentando um processo de envelhecimento acelerado nas últimas décadas, com modificações de impacto nos perfis epidemiológicos, sociais e culturais de sua população. Associado ao processo do envelhecimento, de transições e mudanças que envolvem adultos e idosos, em diferentes segmentos no país, registra-se uma frequência significativa de carcerários com 50 anos ou mais de idade. É fato que a detenção praticada no país pode trazer consequências à saúde e à vida do detento. O aprisionamento prolongado muitas vezes traz alterações na conduta psíquica, dificultando a reinserção social e familiar. Os transtornos mentais emergem, e podem ser frequentes, promovendo problemas maiores ao encarcerado, decorrentes muitas vezes do confinamento, superlotação dos espaços, ausência de visitas familiares e outros complicadores. Assim, embora a velhice não seja um sinônimo de doença, o envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas delas, além de prejuízos e incapacidades com conseqüente deterioração da saúde dos idosos, sejam nos aspectos físicos e/ou mentais. Vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente sintomas distímicos (depressão leve). No

aprisoamento carcerário, os efeitos sobre a saúde mental dos adultos e idosos podem ser percebidos apenas como alterações da idade avançada, não sendo tratados a tempo de evitar maiores complicações. O objetivo deste estudo, portanto, é caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde dos adultos e idosos carcerários com escore positivo para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado em outubro de 2013 em um presídio, situado na região Centro-Oeste de Minas Gerais. Participaram da pesquisa ao todo 17 presidiários com 50 anos de idade ou mais. O National Institute of Corrections define presos mais velhos como aqueles com 50 anos de idade ou mais, pois embora indivíduos nesta idade que vivem em liberdade sejam considerados jovens, aqueles em situação de confinamento estão expostos a diversos fatores que aceleram o envelhecimento, como o convívio diário com outros detentos, situações de estresse, abstinência do álcool e outras drogas e as mudanças abruptas no estilo de vida para se submeter ao sistema carcerário. A coleta de dados foi realizada através de um questionário autoaplicativo, elaborado pelas pesquisadoras, organizado pelas seguintes seções: dados de identificação, caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, de saúde, do comportamento sexual, do cárcere e a caracterização da saúde mental (humor). Na avaliação da saúde mental (humor) foi aplicado o Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (QRP), versão brasileira do Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES). Este questionário é composto por 15 questões no modelo sim/não, valendo um ponto cada resposta e o escore total é obtido quando somamos o número de respostas positivas. Assim, foi considerado o ponto de corte maior ou igual a seis pontos, porque apresenta um bom desempenho como indicadores de sintomas

psiquiátricos tipo distímia (depressão leve) sem conferir precisão diagnóstica. Por motivos estruturais do presídio envolvendo a superlotação e o quadro insuficiente de agentes penitenciários que poderiam garantir a segurança das pesquisadoras e dos detentos, não foi permitido acesso direto a eles, o que impossibilitou uma coleta de dados mais precisa. Diante disso, os participantes responderam questionário autoaplicativo, sendo o diretor de atendimento previamente capacitado pelas pesquisadoras para receber os envelopes contendo os questionários, lacrá-los e entregá-los aos detentos. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Do total de participantes da pesquisa, 64,7% apresentaram escore positivo para transtornos mentais, de acordo com o QRP. Considerando os aspectos sociodemográficos e econômicos destes participantes com screening positivo na avaliação da saúde mental, temos que 72,7% eram do sexo masculino, 91,0% com faixa etária entre 50 a 59 anos, 45,4% eram casados, 72,7% se declararam brancos, 81,8% tinham filhos e 63,6% moravam com pelo menos um membro da família ao serem presos. Em relação às condições de domicílio desses participantes, 54,5% tinham coleta de lixo, rede geral de abastecimento de água, rede de esgoto e iluminação elétrica, porém 27,3% não tinham coleta de esgoto e 9,1% não tinham abastecimento de água e esgoto. Quanto aos dados de escolaridade e renda, 36,3% dos participantes declararam tempo de escolaridade de 7 a 14 anos, 63,6% relataram não ser aposentados, 63,3% não recebiam renda no momento, 91,0% recebiam renda de até um a dois salários mínimos antes de ser preso e 100% dos participantes negou receber auxílio reclusão. Caracterizando o perfil de saúde dos participantes com screening positivo

na avaliação da saúde mental, 90,9% declararam possuir morbidades, 90,9% declararam utilizar medicamentos, 63,6% consideraram sua alimentação inadequada, 72,7% relataram já ter usado álcool e tabaco, 45,4% consideraram sua saúde ruim, 54,6% consideraram sua saúde igual ou pior que a de pessoas da mesma idade, 45,4% manifestaram média satisfação com a vida. Quanto ao atendimento de saúde no presídio, 63,6% declararam receber algum tipo de atendimento, sendo que destes, todos possuíam acesso à assistência médica, 42,8% recebiam apoio psicológico e 14,3% usufruíam de outros tipos de especialidades médicas. Em relação aos objetivos após atingirem liberdade penal, 81,8% dos participantes demonstraram o desejo de ficar com a família, 45,4% almejam procurar um novo trabalho e permanecer no trabalho no anterior, respectivamente e 9,1% revelaram a preferência por estudar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As condições oferecidas pelo sistema penitenciário brasileiro são deficitárias em circunstância violadora aos direitos humanos básicos. Um período prolongado de aprisionamento pode provocar alterações na conduta, proporcionando inclusive sequelas psíquicas, muitas vezes irreversíveis. A alta prevalência de transtornos mentais na faixa etária investigada pode contribuir para um prejuízo da saúde se considerar que os reclusos recebem uma assistência de saúde deficiente, o que pode interferir na qualidade da senescência, principalmente quando agregada ao confinamento, seja ele a curto ou longo prazo. Este estudo busca contribuir em direção à criação de novas pesquisas e estratégias de intervenção na prevenção e no tratamento da saúde mental para a população que envelhece no Brasil em sistemas carcerários.

PERFIL DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DO ARQUIPÉLAGO DO COMBÚ-PARÁ: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM

Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Sandra Helena Isse Polaro, Verediana Souza Uchôa, Geysse Aline Rodrigues Dias, Karina Faineda Silva Freitas, Milena Silva dos Santos

Palavras-chave: Idoso, cuidados de enfermagem, Atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: No aspecto biológico, o envelhecimento humano pode ser compreendido por dois processos: o natural, que corresponde ao período de senescência e o que está condicionado a uma patologia, conhecido como período de senilidade. O primeiro corresponde à diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e, em condições normais, não costuma causar qualquer problema, mas a senilidade, que sob condições de sobrecarga, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar patologias que requerem assistência. Envelhecer, para o censo comum, transforma-se em uma fase em que há declínio da saúde com predomínio de doenças vistas como inevitáveis e próprias da idade, no entanto, há a necessidade que esse período da vida se prolongue com bem estar e boa saúde e que o profissional de saúde enxergue o ser idoso na sua multidimensionalidade. As ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão pautadas na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. Deve-se interagir preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização de demanda. Além disso, reforçam-se as concepções de integração com a comunidade e o enfoque na atenção integral, evitando ações reducionistas

em saúde, centradas, somente, na intervenção biológica e médica. A Ilha do Combú encontra-se a uma distância de 1,5 km ao sul da cidade de Belém, e suas características estão inseridas dentro do panorama paisagístico-ambiental e humano amazônico, onde tempo e espaço se diferenciam dos lugares providos de equipamentos urbanos de alto impacto, como automóvel, construções de alvenaria, rede de comércio, indústria e serviços, e sendo o homem do lugar depositário das relações dos saberes da fauna, flora e da cultura para a manutenção e reprodução das condições gregárias da comunidade. É dividida em quatro comunidades diferentes, sendo esta divisão consequência da geografia dos rios onde “furos” e “Rios” separam as margens do rio Guamá, são elas: a comunidade do “Igarapé Combú”, “Furo de São Benedito”, “Comunidade do Piriquitaquara” e “Comunidade Beira do Rio”. Esta pesquisa tem por objetivo descrever o perfil sócio epidemiológico e as condições de saúde da população idosa da Ilha do Combú/Pa. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo avaliativo, de inquérito transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de Julho a Agosto de 2014 nos serviços de saúde da Ilha do Combú, Belém/PA. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, a aplicação em forma de entrevista do questionário sócio econômico da “Caderneta do Idoso” do Ministério da Saúde, uma vez que este instrumento se mostrou eficiente em contemplar tanto o perfil epidemiológico, quanto o perfil socioeconômico desta população. A amostra foi composta por um terço da população idosa atendida na ESF da Ilha do Combú, o que correspondeu a um total de 50 pessoas, sendo 25 do sexo masculino e 25 do sexo feminino. Foi considerada como critério de inclusão a faixa etária igual ou superior a 60 anos e a matrícula nos serviços de saúde da ilha.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva para caracterização da amostra. Este projeto de pesquisa foi concebido através do Programa Institucional de Bolsas e Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Pará, contou com o apoio da secretaria municipal de saúde e foi aprovado nas conformidades do Comitê de Ética em pesquisa. Resultados e/ou impactos: Dentre os idosos atendidos na ESF Ilha do Combú, observa-se o predomínio de pessoas na faixa etária de 60 a 70 anos. Quanto à procedência, 33% dos entrevistados residem na comunidade do Igarapé Combú, 17% na Comunidade do Furo de São Benedito, 17% na comunidade Beira do Rio, 20% na comunidade Piriquitaquara e 13% são provenientes de outras localidades, como Ilha do Papagaio e Acará. Quanto à escolaridade, percebemos que dentre as 25 mulheres entrevistadas seis relatam não saber ler nem escrever e dentre os homens este número se mantém, esses resultados vão de encontro com o perfil nacional de alfabetização dos idosos até o ano de 2009. No que diz respeito ao estado civil desses idosos, embora o número de homens casados seja maior que o de mulheres, percebe em contrapartida o grande número de mulheres viúvas, isto se deve aos fatores externos ao que estão sujeitos os homens, como acidentes de trabalho, violência e episódios de adoecimento no que diz respeito ao auto cuidado. Todos alegam ser devidamente aposentados e a maioria afirma ter desenvolvido atividades ligadas ao extrativismo de frutos da floresta como açaí e cacau, atividade econômica base da região, além de desenvolverem atividade em lavouras em períodos sazonais e alguns afirmarem ter trabalhado com artesanato e comércio. As doenças prevalentes entre os homens foram, a hipertensão e a diabetes, pois cerca de 90% afirmam sofrer de pelo menos uma destas patologias, e entre as mulheres este resultado se repete, no

entanto foi observado o acometimento de homens com outras enfermidades como Doença de Chagas, e hanseníase, o que não foi observado entre as mulheres. Em relação às medicações, 80% utilizam medicamentos, sendo glibenclamida e losartana os mais comuns para os dois sexos. Entre todos os entrevistados, 86% alegam nunca terem sido vítimas de quedas e 74% nunca foram hospitalizados. Quanto aos hábitos de vida 74% afirmam não ingerir bebida alcoólica, 82% não fumam, e 100% afirmam não praticar atividade física. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A enfermagem assume papel imprescindível durante a assistência ao processo de envelhecimento, atuando de forma preventiva tanto no que tange a saúde física, como a mental, desenvolvendo ações junto a grupos de idosos e avaliação multidimensional. No entanto, o cuidar em diferentes cenários geográficos se torna um desafio não somente para o enfermeiro, mas para toda a equipe multiprofissional e a arquipélago do Combú, por se tratar de rios interligados a várias ilhas, propicia certa dificuldade de acesso ao estabelecimento de saúde, ocasionando assim, uma quebra da dinâmica nos processos de prevenção, promoção e recuperação das condições de saúde. Logo, existe a necessidade de se buscar formas de propiciar um melhor atendimento a essas populações, através de uma reavaliação dos programas e políticas de saúde, adequando-os ao cenário paisagístico e cultural da região amazônica.

PERFIL DOS USUÁRIOS QUE PROCURAM O TRATAMENTO DO TABAGISMO EM ÁGUA CLARA/ MS

Cintia Juliana da Silva Bettio, Adriane Pires Batiston, Albert Schiaveto de Souza, Laís Alves de Souza Bonilha, Sônia Maria Oliveira de Andrade

Palavras-chave: Hábito de Fumar, Estratégia

Saúde da Família, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde

APRESENTAÇÃO: O tabagismo é considerado uma epidemia mundial, atingindo cerca 1,1 bilhão de pessoas, sendo responsável por quatro milhões de mortes anuais no mundo. Para atender a esta demanda, o Ministério da Saúde criou em 2001, o Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante, que através de apoio medicamentoso e de abordagem cognitivo-comportamental visa à cessação do hábito de fumar. O município de Água Clara/MS oferece este serviço desde 2012 e suas taxas de cessação estão entre 30 e 50%, semelhante à média nacional. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil dos usuários que do Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante do município de Água Clara, a fim de se conhecer melhor a população atendida, suas características, e realidade local, para que através dos resultados, seja possível desenvolver estratégias de intervenção mais adequadas ao perfil desta população. MÉTODO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo transversal que se utilizou de dados secundários provenientes dos prontuários dos pacientes. Foram coletados dos prontuários dados relativos a variáveis sócio-demográficas e informações referentes aos hábitos de vida, hábito tabágico e presença de fatores associados. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva. RESULTADOS: Foram investigados 173 prontuários, sendo este o total de pessoas que procuraram o programa para o tratamento do tabagismo desde sua implantação em 2012 até setembro de 2015. Deste total de participantes, 63,1% eram do sexo feminino e 36,9% do sexo masculino. A idade média dos participantes na data em que procuraram o serviço de saúde era de 45,99 anos e a média de idade em que começaram a fumar foi de 14,38 anos. Com relação às comorbidades que podem estar relacionadas ao uso do tabaco, destacaram-

se problemas emocionais, considerando-se depressão e ansiedade (75,14%), sendo que somente 35,84% já fizeram algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico. A depressão torna as pessoas mais frágeis para o processo de cessação de fumar, necessitando de um tratamento diferenciado com antidepressivos. Neste caso, 38,15% dos fumantes, apresentavam algum grau de depressão, os outros 36,99% relatam serem ansiosos o que também dificulta a superação do hábito de fumar. Outros problemas associados encontrados foram os estomacais (68,20%), problemas pulmonares (52,02%), alergias respiratórias (49,13%). Entre os fatores que dificultam o tratamento, encontra-se o uso frequente do álcool, presente em 28,90% dos participantes, sendo que destes, 5,78% apresentaram forte tendência ao alcoolismo. Entre os fumantes 52,60% informaram uso de prótese dentária o que pode ser explicado tanto pela idade de quem procura o tratamento ser mais avançada, quanto pelo fato de que o uso prolongado do cigarro pode acelerar o desgaste dos dentes. Dentre os pacientes, 62,43% relataram fazer uso de algum tipo de medicação e na maior parte das vezes para tratamento de problemas que podem ser causados ou agravados pelo hábito de fumar. Com relação aos momentos e situações em que é associado o uso do cigarro no dia a dia, destacou-se o consumo do café para 75,72%, após as refeições (94,21%), ansiedade (82,66%), tristeza (77,46%) e bebida alcoólica (46,24%). Considerando-se as percepções dos fumantes sobre o cigarro, 78,03% acreditam que o cigarro acalma quando estão nervosos; 95,38% não consideram o hábito de fumar bonito e 51,45% relatam que sentem prazer em fumar. A maioria destes usuários já fizeram outras tentativas para deixar de fumar, 54,34% tentou de 1 a 3 vezes e 26,01% já fizeram mais de 03 tentativas, nos dois

casos, ficando pelo menos 01 dia sem fumar, 10,98% relatou que tentou, mas não conseguiu ficar nenhum dia sem fumar e 8,67% nunca fez nenhuma tentativa para parar de fumar, sendo esta a primeira vez. Foi também verificado a utilização anterior de algum recurso para tentar deixar de fumar sendo que a maioria (75,72%) nunca utilizou e 23,70% utilizaram algum tipo de medicação (adesivos, bupropiona, pastilha, goma, ou outro). Sobre a motivação dos pacientes para procurarem o tratamento e deixar de fumar, os motivos mais citados foi a preocupação com a saúde no futuro (82,66%), o cigarro já está prejudicando sua saúde (79,77%), desejo de deixar a dependência (38,73%) e o hábito de fumar ser antissocial (36,94%). Motivações relacionadas à família, foram as menos citadas, 30,64% disseram que querem parar de fumar pelo bem-estar da família, a mesma porcentagem relatou que é devido aos gastos com o cigarro, 30,06% porque os filhos pedem, 27,75% porque tem pessoas pressionando, 26,01% devido às restrições de ambientes para fumar e por último, 24,86% porque fumar é um mau exemplo para as crianças. Dos entrevistados, 37,57% convivem com outros fumantes em casa e 31,79% preocupam-se em ganhar peso se pararem de fumar. A avaliação do grau de dependência dos fumantes pelo teste de Fagerstrom apontou que a maior parte deles, 40,46% possuem grau de dependência elevado, 27,75% muito elevado, 12,72% médio, 14,45% baixo e 4,62% muito baixo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A pesquisa apontou que os tabagistas que procuram este serviço de saúde são em sua maioria adultos, que iniciaram o hábito de fumar muito jovens, apresentando um período de tempo de dependência longo. Além disso, mostrou a predominância do sexo feminino na busca do tratamento e o baixo índice de homens que procuram este serviço de saúde para o tratamento. Foi identificado

que grande parte destes usuários, quando procuram o tratamento, já apresenta alguma comorbidade que pode ter sido causada devido ao hábito de fumar, além da existência de uma associação forte entre o hábito de fumar e problemas emocionais. Indicando que estas pessoas tem uma predisposição maior para a dependência, considerando-se ainda que tais fatores funcionam como uma barreira para a superação deste hábito, o que indica uma necessidade de suporte psicológico para o auxílio no tratamento. Também é observado que as pessoas de maneira geral, estão mais preocupadas com sua saúde, o que pode ser efeito das campanhas de prevenção desenvolvidas nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde. Além disso, percebe-se que a decisão de abandonar o fumo vem na maioria dos casos, de uma conclusão da própria pessoa, não sendo tão eficientes as intervenções e pressões familiares. Outra conclusão a que chegamos é que a maior parte dos fumantes que procuram auxílio para deixar de fumar, encontra-se em um grau de dependência alto (elevado a muito elevado), o que pode explicar a taxa de cessação entre as pessoas que fazem o tratamento não ser mais alta. Este grau de dependência é identificado a partir do Teste Fagerstrom, que é estabelecido pelo Ministério da Saúde para direcionar o tratamento medicamentoso. Os resultados obtidos neste trabalho de pesquisa auxiliarão o município a reorganizar suas ações, buscando desenvolver estratégias que atendam às demandas identificadas, como captação de jovens, homens e oferecimento de suporte psicológico para aqueles que apresentem problemas emocionais. Além disso, sugere-se a intensificação de ações preventivas, tanto com os jovens, quanto com aqueles que ainda não apresentam grau de dependência alto, já que quanto menor a dependência, maior a chance de sucesso no tratamento.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VARICELA NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA – BA NO PERÍODO DE 2009-2012

Elmirene Santos da Silva, Michelle Miranda Lopes Falcão, Eloisa Bahia Santana, Maricélia Maia de Lima

Palavras-chave: Varicela, Epidemiologia, Saúde pública

APRESENTAÇÃO: A varicela é uma doença aguda, infecciosa, altamente contagiosa, que tem por agente etiológico o vírus varicela zoster (VVZ). É considerada uma doença da infância, de alta morbidade, baixa mortalidade e de distribuição universal. No Brasil, a varicela não é uma doença de notificação compulsória, entretanto os surtos resultantes desse agravo em creches, pré-escolas, escolas e comunidades em geral devem ser notificados às secretarias municipais e estaduais de saúde. No Estado da Bahia, entretanto, a partir 2002, tornou-se obrigatória a notificação compulsória deste agravo. É importante destacar que no período de 2010 a 2012, foram notificados 31.202 casos de varicela no Estado da Bahia, com um total de 21 óbitos e, 1.802 casos no município de Feira de Santana, e destes um evolui a óbito. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo geral: analisar o perfil epidemiológico da varicela em Feira de Santana-Ba, no período de 2009 a 2012. E como objetivos específicos: descrever as características sociodemográficas (faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade) de pacientes notificados e confirmados com varicela no município de Feira de Santana-Ba no período de 2009 a 2012; identificar as características clínicas (critério de confirmação e diagnóstico final) de pacientes notificados e confirmados com varicela no município de Feira de Santana-Ba no período de 2009 a 2012. Sua relevância consiste em proporcionar conhecimento aos profissionais de saúde

e gestores acerca da epidemiologia dessa doença no município e, por conseguinte, subsidiar o redirecionamento de medidas preventivas, bem como contribuir para tomada de decisões sobre as estratégias de vacinação contra a varicela neste município, uma vez que já que existem vacinas efetivas e seguras contra essa doença. Além disso, pode contribuir para o preenchimento de lacunas no conhecimento científico. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2009 a 2012. Serão utilizados dados secundários, provenientes das fichas de notificação registradas no SINAN, da Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana, Bahia, referentes ao período de 2009 a 2012. Para facilitar a coleta foram elaboradas planilhas do Microsoft Office Excel 2007 contendo dados sobre as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, raça, escolaridade, critério de confirmação, diagnóstico final e evolução do caso de pacientes notificados e confirmados. Os dados coletados foram sistematizados em tabelas e gráficos com o auxílio do Programa Excel da MICROSOFT CORPORATION (2003), seguindo a sequência e distribuição das variáveis do estudo, para apresentação das informações obtidas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e obedeceu aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No período de estudo, 2009 a 2012, foram notificados 2.172 casos de varicela no município de Feira de Santana/BA. A série histórica mostrou uma elevação do número de casos notificados e que o número de casos mantinha-se numa tendência crescente. Observou-se ainda que o número mais elevado de casos foi no

ano de 2012 (n=745, 34,30%). No que diz respeito à faixa etária, esta variou de <1 ano a 80 e + anos, sendo as crianças de 04 a 09 anos a faixa etária mais atingida (n= 705, 32,45%). Observou-se ainda um percentual relativamente significativo em crianças entre 01 a 04 anos (n= 543, 25%). Dos casos de varicela notificados no período, 1.171 ocorreram entre indivíduos do sexo feminino, sendo responsáveis por 53, 80% dessas notificações. Contudo, observa-se que não houve uma diferença significativa, sexo masculino 1.106 casos, representando 47, 20% das notificações. Em relação à cor/raça, constatou-se que dos casos notificados, 1.054 tiveram campo cor/raça ignorado, representando 48,70% das notificações. Dos casos restantes, 657 representavam indivíduos pardos, 234 brancos e 229 pretos. Observou-se ainda que não ocorreu uma diferença entre brancos e pretos. Quanto a escolaridades, evidenciou-se que dos casos notificados da doença, a escolaridade o campo não se aplica representou metade dos casos (n=1.086, 50,04 %), seguido do campo Ignorado (n= 833, 38, 35%). No que tange a classificação dos casos notificados de varicela, observou-se que a maioria dos casos foi confirmada (n= 2.153, 99,30%). Em relação à evolução dos casos notificados da doença, constatou-se que todos os casos evoluíram para a cura (n= 2.153, 99,30%). Apesar do aumento das notificações e dos casos confirmados da doença no decorrer dos anos do estudo, não houve nenhum óbito no período. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo possibilitou a descrição do perfil epidemiológico da varicela no período de 2009 a 2012 no município de Feira de Santana/BA, apresentando como proposta de discussão, as variáveis sociodemográficas e clínicas da doença. A partir dos resultados e das discussões empreendidas pode-se perceber a prevalência da varicela é discretamente maior em pessoas do sexo feminino, e que o maior número

de indivíduos com varicela ocorreu em pré-escolares e escolares. Além disso, percebeu-se que o grupo de 5 a 9 anos apresentou-se como a faixa etária mais atingida pela doença, com 25% dos casos. Devido à ausência do preenchimento dos campos cor, raça e escolaridade na ficha de notificação deste agravo pelos profissionais de saúde não foi possível realizar uma avaliação detalhada destas variáveis, tal fato demonstra a necessidade de realização de capacitações acerca da importância da notificação dos casos de varicela, assim como o preenchimento correto das fichas de notificação. Dos casos notificados, 99% foram confirmados e todos evoluíram para a cura. Apesar de a varicela ser considerado um problema de saúde pública, não existe uma ficha de notificação específica para este agravo, e na ficha utilizada para notificação não constam todos os campos importantes para descrever o agravo. Tal fato demonstra a necessidade de criação de uma ficha com as variáveis específicas para a varicela. Além disso, observou-se a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para o preenchimento de todos os campos da ficha de notificação existente. O presente estudo configura-se como ponto de partida para outros, que venham contemplar outros aspectos aqui não mencionados e possibilita uma reflexão respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre importância de medidas de prevenção e notificação deste agravo, bem como para preencher lacunas no conhecimento científico.

PERFIL ERGONÔMICO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS ESFS DO MUNICÍPIO DE GUANAMBI-BA

Tamina de Lima Alves, Elionara Teixeira Boa Sorte, Jaine Karenny da Silva, Maiara Medeiros Ronsani Meira, Gabryella Castro

Guimarães, Thiago Martins Meira, Mauro César Ribeiro Santos

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Ergonomia, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: Questões referentes à saúde do trabalhador são alvo de discussão atual nos diversos ramos da saúde, visto o crescente número dos acidentes de trabalho e a importância da temática para melhoria da qualidade de vida dos profissionais. Desde a década de 40, diante das inadequadas condições de emprego nos hospitais de diversos países, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem considerado o problema como tema de discussão e proposto recomendações referente à higiene e segurança, para melhorar essa situação. No Brasil o amparo legal para os trabalhadores ocorreu apenas em 1919, com a adoção de convenções para proteção à saúde do trabalhador por meio da OIT e com o Decreto Legislativo nº 3.724 que implantou serviços de medicina ocupacional fortalecendo a ergonomia. Dentro da área da saúde pública a saúde do trabalhador é um campo específico que procura atuar através de procedimentos próprios para promoção e proteção à saúde de pessoas envolvidas no exercício do trabalho. O campo da saúde do trabalhador abarca a ergonomia, um componente muito importante cuja origem epistemológica deriva do grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (regras), que foca suas ações mediante estudo das relações trabalho e trabalhador para promover melhorias no ambiente laboral. Embora os profissionais de enfermagem estejam expostos aos riscos físicos, químicos, biológicos e psíquicos, o estudo da ergonomia destaca-se pelas diversas excessiva carga de trabalho. Portanto, os objetivos foram descrever o perfil ergonômico dos profissionais de enfermagem das Estratégias de Saúde

da Família (ESF's) de Guanambi – BA, identificar os fatores no ambiente de trabalho que podem gerar alterações na saúde dos profissionais de enfermagem, verificar o conhecimento das Normas Regulamentadoras do Trabalho (NR's) e a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizado a partir de pesquisa de campo. Esse estudo expressa o total de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem lotados em Unidades de Saúde da Família da cidade de Guanambi - BA, totalizando 46 trabalhadores aos quais foram feitos convites individuais para participarem deste estudo, assegurando o caráter sigiloso quanto à identificação dos respondentes e apresentando a estes profissionais o objetivo e método da investigação, respeitando-se as recomendações sobre a ética em pesquisa. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado, elaborado pelo grupo de estudo do projeto de extensão — Perfil ergonômico dos postos de trabalho dos profissionais de enfermagem da cidade de Guanambi-Bahia da Universidade do Estado da Bahia – Campus XII. O questionário compreendeu 28 questões objetivas de múltipla escolha abordando os seguintes dados: Relação profissional, mobiliário e estrutura física, EPI, NR e patologias mais frequentes. Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Office Excel 2007, a análise baseou-se na relação do uso dos EPI's e das ofertas destes pelos estabelecimentos, fato preconizado por leis e normas do trabalho. **RESULTADOS:** Os questionários foram respondidos por 46 profissionais, sendo 16 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e 4 auxiliares. A equipe de enfermagem é formada em sua maioria por técnicos de enfermagem contando com 56,5%, seguidos de enfermeiros 34,8% e 8,7% auxiliares de enfermagem. Com relação ao gênero, os dados apontam que 87% são do sexo

feminino, 10,9% do sexo masculino e 2,1% não informado. A faixa etária predominante foi de 20 à 29 anos. Com base na análise dos dados nota-se que os profissionais de enfermagem nem sempre estão atentos às condições ergonômicas do seu ambiente de trabalho, sendo que a maioria deles afirmou nunca ter participado de eventos de educação permanente sobre ergonomia, principalmente pela falta de disponibilidade de eventos da área. Quando questionados sobre comprometimento físico gerado pelo mobiliário do posto de trabalho 10,8% afirmaram que sempre existe essa associação. Em relação aos mobiliários específicos 52,1% afirmaram nunca ter tido comprometimento físico. Em contra partida 73,9% afirmaram que apresentam dores ligadas à atividade laboral e que ocorrem ao final do expediente, sendo lombalgia a mais frequente, seguida de cervicalgia. Apesar da importância das NR's na prática do exercício profissional foi observado que a grande parte da equipe de enfermagem não consulta o manual que consta essas normas e por isso infere-se a possibilidade de prejuízos trabalhistas por falta de conhecimento de seus direitos. No que concerne ao uso de EPI, os 65% dos profissionais das ESF's pesquisadas relatam que sempre dispõe de EPI, o que contribui para a prevenção dos acidentes de trabalho ao qual a equipe de enfermagem está exposta. Metade dos participantes refere sempre usar os equipamentos constatando a conscientização e a relevância dada a estes materiais por parte dos profissionais entrevistados. Conforme os dados coletados verifica-se que a relação entre os profissionais e a estrutura física do ambiente de trabalho mostra-se claramente positiva considerando que 80,4 % dos entrevistados apontam para a ausência de conflitos interpessoais entre os colegas. No cotidiano do trabalho de enfermagem identifica-se que, em diversas situações, existem dificuldades nas relações de trabalho, tanto

dentro da equipe de enfermagem como dessa com outras equipes profissionais, porém esses conflitos e disputas estão relacionados principalmente em questões que envolvem autonomia e poder dos agentes e não aos aspectos ergonômicos do ambiente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constata-se a relevância de discutir a saúde do trabalhador, com a finalidade de adotar medidas preventivas de danos à saúde que visem melhorias nas condições de trabalho. A partir dos dados pode-se afirmar que a maioria desse profissional possui o seguinte perfil: é técnico de enfermagem, sexo feminino e jovem, o que se equipara aos dados nacionais. Além disso, pôde-se inferir que os pesquisados nem sempre estão atentos às condições ergonômicas, além de não participarem de atividades permanentes, principalmente pela falta de disponibilidade. Com isso, foi possível conhecer o perfil ergonômico dos profissionais de enfermagem das ESF's de Guanambi-BA, o que possibilita implementar programas que visem à melhoria da qualidade de vida desse grupo. Assim, obteve-se ganhos na obtenção de dados científicos relacionados aos conhecimentos ergonômicos e a identificação da situação problema nas ESF's do município de Guanambi-BA. Para que haja um questionamento dos fatores físicos do ambiente de trabalho é preciso conhecimento sobre ergonomia e estar ciente das normas regulamentadoras, por isso faz-se necessário uma constante discussão sobre o assunto que possibilite aos trabalhadores buscar soluções para essa adequação. Contudo, vale ressaltar um possível aprofundamento deste estudo, com a utilização de outros instrumentos de pesquisa, como uma observação total, entrevista semi-estruturada com profissionais de enfermagem das ESFs, a fim de ampliar a discussão a cerca do tema.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: GARANTIA DA UNIVERSALIDADE OU AFIRMAÇÃO DA EXCLUSÃO?

Amanda Vargas Pereira, Rachel Aisengart Menezes

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Consultório na Rua, SUS

Apresentação: Neste trabalho é desenvolvida análise da função de ordenamento da rede de Atenção Básica, que insere o atendimento das Pessoas em situação de rua (PSR) em variados espaços do SUS e de outras políticas públicas. Trata-se de efetuar uma reflexão em torno da existência de um serviço específico para esta população, partindo da premissa de que o SUS conta com o princípio da universalidade do acesso, em que a saúde é um direito de todos. Desenvolvimento do trabalho: À luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem se responsabilizar pelo cuidado de todas as pessoas, em seu território de atuação definido (BRASIL, 2011). Contudo, a frequente ausência de residência formal e o comportamento migratório, inerentes à PSR, constituem especificidades nem sempre contempladas, no que tange aos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) para essas pessoas, por parte das ESF (REIS JUNIOR, 2011). Historicamente, as PSR não acessam o SUS e, em geral, nenhuma política pública (BRASIL, 2008). No entanto, uma das funções políticas do SUS na sociedade é trabalhar com as tensões advindas das diferentes formas de viver, pela via da saúde, expressa no território da rua. A especificidade da rua propicia dois desafios ao SUS: lidar com a complexidade das questões de saúde apresentadas pelos sujeitos, e construir diferentes modos de organização das estratégias de território (LOPES, 2014). Em 2011, com a reformulação da PNAB, foi instituído um modelo de

cuidado específico para esta população. A responsabilidade pela atenção à saúde da PSR – como de qualquer cidadão – é de todos profissionais do SUS, com destaque para os inseridos na atenção básica. Em determinadas situações, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e oferecer atenção integral à saúde, passou a ser possível lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), que são equipes da Atenção Básica (AB), compostas por profissionais de saúde com a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde da PSR. As equipes devem realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações, na unidade móvel e, também, nas UBS do território em que atuam. A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, de doenças sexualmente transmissíveis, de doenças de pele, problemas ortopédicos, diabetes, hipertensão, entre outras condições sob a responsabilidade da ESF, na atual política de atenção básica. Desta forma, entendemos que a inserção das equipes de consultório na rua, no escopo das ações da atenção básica, representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população (SANTANA, 2014). A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, tendo como parágrafo único sua inserção na AB da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com os fundamentos e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica. Estabelece as características da equipe por modalidades I, II e III. A primeira modalidade contempla minimamente dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, seguida pela II, com três de nível superior e três de nível médio. Por fim, a terceira modalidade conta com o mesmo quantitativo da equipe II, acrescido por

um profissional médico (BRASIL, 2012). As eCR são equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde, tanto na rua como na UBS em que estão lotadas. As atividades são realizadas de maneira itinerante, com ações compartilhadas e integradas às demais UBS locais. As eCR lidam com diferentes problemas e demandas de saúde da PSR, desenvolvendo também ações compartilhadas e integradas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, dos serviços de urgência e emergência, e de outros pontos de atenção, segundo a demanda do usuário. O conceito de equidade em saúde está relacionado aos parâmetros de justiça e distribuição igualitária, de maneira que o acesso à saúde seja viabilizado de acordo com as demandas e singularidades de cada sujeito. Cabe salientar que a construção de políticas públicas voltadas para a PSR no país é recente, merecendo destaque a elaboração do Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua. No contexto das grandes cidades ocidentais, pessoas que vivem nas ruas geralmente não acessam o sistema de saúde (SAMPAIO, 2014). Este decreto regulamenta serviços especializados para a PSR e suas articulações em rede. Estes serviços são oferecidos às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Um de seus objetivos é garantir cuidado, atendimento e ações que propiciem a construção de um projeto de vida, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e, também, com a família, quando desejado. Além disso, trata-se de analisar as demandas dessa população para produzir um conjunto de possibilidades de cuidados, envolvendo serviços de diversas naturezas, para que se possa contribuir para uma construção da autonomia, inserção social e rede de proteção social (SAMPAIO, 2014). Se a PSR de rua conta com especificidades e se as eCR se propõem

a atendê-las, elas não podem correr o risco de se tornar um serviço especializado em PSR. Em outros termos, as eCR não surgem para constituir um subsistema de saúde, em que o morador de rua só teria atendimento no SUS nesse tipo de serviço. Desta forma, a especialização somente reproduziria a exclusão que os moradores de rua já sofrem na cidade, bem como a fragmentação das práticas. Conseqüentemente, haveria uma perda e fragilização da perspectiva da integralidade (SAMPALHO, 2014). Resultados e/ou impactos: A criação das eCR consiste em relevante passo para a materialização da equidade no SUS. No entanto, sua criação não é suficiente. É preciso que as equipes acionem e implementem, na prática, o princípio da equidade, por meio de estratégias e ações capazes de criar condições para que seus usuários possam usufruir as ofertas de serviço da AB. As eCR não devem se transformar em um mecanismo de segregação dessa população, retirando seu direito de inserção no sistema de saúde. Considerações finais: Uma vez que o SUS tem como princípio a universalidade do acesso, faz-se necessário refletir sobre a existência de um serviço específico para a PSR. Tal especificidade no atendimento não deve passar a ser um serviço exclusivo. O Consultório na Rua, por exemplo, é um serviço itinerante, que atua para atenção integral à saúde da PSR, um componente da AB que garante o princípio da equidade. Em suma, postulamos aqui que não seja o único dispositivo de atendimento para esta população.

POSSIBILIDADES E LIMITES DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Daniela Machado Pereira, Alaine Nicácio Rosa, Fernanda Barreto Negreiros, Mariana

Morena Souza Araujo, Célia Maria Sales Vieira, Maria Teresa Brito Mariotti Santana

Palavras-chave: Acolhimento, Classificação de risco, Unidades de Urgência

INTRODUÇÃO: Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada ao atendimento de urgência/emergência, onde são atendidos usuários em situações graves com risco de morrer elevado ou com alto grau de sofrimento, tem a demanda espontânea aumentada pela procura de usuários que não se enquadram nesse perfil, culminando com a superlotação e conseqüentemente com a baixa qualidade da assistência. É importante ressaltar que o acesso aos serviços do SUS, na atenção básica ainda é muito difícil, sendo que uma grande parcela da população, principalmente os usuários de baixa renda, enfrentam longas filas de espera para consultas e exames. A demanda espontânea ocorre, também, devido às características desses serviços, que funcionam vinte quatro horas por dia, todos os dias da semana, com equipe multiprofissional de saúde. Para ter o acesso ao atendimento com médicos especialistas, investigação laboratorial, não é necessária agendar o horário e nem pegar senha. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização do SUS, propõe a tecnologia leve de processo, o Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR), que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. **OBJETIVO:** Analisar as possibilidades e limites para a implantação da tecnologia AACR nos serviços urgência/emergência, destacando os pontos positivos e negativos da prática do acolhimento e da classificação de risco. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão sistemática integrativa. A coleta

de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2014, com a consulta dos estudos publicados em periódicos nacionais, e indexados na base eletrônica de dados LILACS, que compõe parte do acervo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O descritor utilizado na busca eletrônica foi "Acolhimento". A avaliação crítica dos estudos pré-selecionados foi realizada conforme os critérios: publicação como artigo abrangendo os anos de 2006 a 2014 independente do método de estudo; escrito em língua portuguesa; disponibilidade online com acesso gratuito do texto na íntegra, publicados na América do Sul. Resultou em um total de 87 artigos. Procedeu-se a leitura dos títulos e dos resumos. Foram validados para inclusão os artigos classificados como originais pelo editor do periódico, com resumos estruturados e que continham uma abordagem da prática da tecnologia do AACR, nos serviços de urgência/emergência. Excluídos os repetidos, ou que não retratavam, especificamente, o objeto do estudo. Obteve-se a amostra final com oito estudos para serem analisados na íntegra. Para a coleta de dados foi utilizado o formulário baseado no instrumento validado por Ursi (2005) para revisão integrativa, citado por Souza, Silva, Carvalho (2010, p. 106). Possui dois domínios: o primeiro contém as variáveis da representação das características da pesquisa original: ano de publicação, tema, título, autores, titulação dos autores, fonte de publicação, base de dado em que foi encontrado o texto na íntegra. A segunda obteve-se os objetivos, delineamento do estudo; coerência teórico-metodológica; análise dos dados, resultados e discussão; e conclusões. Foram preenchidos para cada estudo da amostra, selecionado os elementos mais relevantes, que se identifiquem com o objetivo do estudo. Em seguida, foram agrupados e analisados, para que assim, sejam elaborados os

resultados, discussões e a conclusão deste estudo, a partir da comparação dos artigos analisados, estabelecendo-se uma relação das semelhanças e contradições contidas na literatura. Analisando os dados obtidos, os estudos foram subcategorizados, posteriormente categorizados em unidades temáticas. Para a apresentação dos resultados foi construído quadros, tabelas e gráficos, empregando técnica de estatística simples, com números inteiros, a fim de colaborar na consolidação dos achados, na explanação e na melhor compreensão dos resultados encontrados, tendo sempre como norteadores os objetivos previamente estabelecidos. Para esta construção, foram utilizados como ferramentas básicas os programas Microsoft Office Excel. **RESULTADOS:** Obteve-se referente à caracterização dos estudos foram encontrados em 2010 publicados três (37%) artigos; em 2011 publicados 2 (25%); em 2012 publicado 1 (12,5%); em 2013 publicados 2 (25%). Não foram encontradas publicações anteriores a 2010. Quanto à autoria dos estudos e a titulação, considerando até o terceiro autor, dezesseis eram enfermeiros (as) (duas com especialização, três com mestrado e seis com doutorado); três acadêmicos de enfermagem (duas graduandas e uma mestranda). Referente à análise da amostra composta pelos estudos incluídos emergiram duas categoria. Na primeira apresentam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o AACR como sendo uma tecnologia leve para a mudança do processo de trabalho com melhoria na organização do fluxo de atendimento dos usuários, com prioridade do atendimento para os casos potencialmente graves, classificados a partir da escuta sensível e qualificados pelo profissional, que se empenha para dar uma resposta satisfatória ao problema do usuário e acreditam que a tecnologia do AACR deve ser praticada, também com o acompanhante. Em outros

estudos o conhecimento sobre o AACR apresenta-se limitado restrito ao setor da unidade ou ao profissional que faz a classificação. Na segunda categoria emergiram as dificuldades para implantação da AACR nas unidades de urgência/emergência devido à falta de interesse dos profissionais diante da demanda espontânea elevada pela ineficiência do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde que se agrava com a deficiente estrutura física das unidades, sem recursos materiais, humanos e desarticulação entre os setores de uma mesma unidade e entre a rede de serviços do SUS. Também foi feita referência ao estresse e a sobrecarga de trabalho dos profissionais com consequente falta de sensibilidade para a escuta e o diálogo para a união entre as equipes de saúde. Reconhecem a necessidade de capacitação para os profissionais incluindo vigilantes, padioleiros, recepcionistas e agentes administrativos diversos como também é necessário capacitar o usuário e seus familiares. CONCLUSÕES: Diante dos estudos realizados aponta como possibilidade a implantação da tecnologia do AACR o conhecimento dos profissionais sobre essa tecnologia, pois favorece a humanização da relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a co-responsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. Portanto o atendimento e a resolução dos problemas dependem da postura e ações dos usuários, profissionais e gestores. Quanto aos limites são grandes, principalmente, quando existe e ineficiência da atenção básica que gera demanda espontânea elevada para os serviços de urgência/emergência. A reorganização da rede de saúde pode ser fator fundamental para garantir a assistência integral e igualitária a toda população de acordo com sua prioridade. Recomenda-se que sejam desenvolvidas ações educativas

como ciclo de palestras nas universidades, nas comunidades e na sociedade em geral para difusão da Política Nacional de Humanização do SUS e a tecnologia do AACR.

PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES E A CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA SERFIS

Christianne Fernandes Garcia, Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Palavras-chave: Subjetividade, Saúde do trabalhador, Educação em Saúde, Trajetória Profissional, Interdisciplinaridade

O trabalho ocupa lugar na vida das pessoas e pode-se pensar que seria este um fator relevante na construção de subjetividade e de produção de auto-interrogação no plano individual e coletivo. Essa situação demonstra a necessidade de se buscar novas formas de relacionar-se e um dos caminhos possíveis é trabalhar em equipe multiprofissional pautada na interdisciplinaridade como uma contribuição qualitativa das especialidades. A partir da hipótese de que revisitar e problematizar a própria trajetória profissional poderia interferir no reconhecimento da necessidade do trabalho interdisciplinar nas práticas em saúde, um dos objetivos desta pesquisa é conhecer a trajetória profissional da equipe da SERFIS – Seção de Reabilitação e Fisioterapia de Santos, bem como identificar se estes profissionais trabalham ou reconhecem a importância de um trabalho interdisciplinar. A pesquisa é qualitativa numa perspectiva sócio histórica, de caráter transversal descritivo e prospectivo. Está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, atendendo ao estabelecido na Resolução nº 466/12 sob o número 1.094.179. Os participantes são a equipe

multiprofissional da SERFIS considerando-se dois profissionais de cada segmento que compõe a equipe: Psicólogo, Assistente Social, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeira e Fonoaudiólogo. A coleta dos dados está acontecendo em duas etapas: questionário individual para caracterização dos profissionais, já realizado e num segundo momento, quatro encontros de Grupos Focais (GF), sendo dois com a equipe da manhã e dois com a equipe da tarde com duração de 1 hora e 30 min. a 2 horas cada encontro. Entende-se que esta técnica possibilita reunir pessoas com alguma característica ou experiência comum para discussão e reflexão e também observar e registrar diferentes opiniões, atitudes, sentimentos e pensamentos expressos verbalmente ou não. Os dois primeiros grupos já aconteceram e foram realizados com a equipe da tarde com cinco profissionais. A escolha se fez mediante o aceite dos primeiros profissionais que fizeram parte dos critérios de inclusão. As reuniões aconteceram nos meses de Agosto de 2015 em dia e hora combinados com a equipe, na própria unidade em sala privada e preparada antecipadamente para os encontros. O registro aconteceu por meio de gravações e de anotações de um observador. Foi utilizado o vídeo “O último tricô”, como disparador para os diálogos com o objetivo de favorecer a reflexão sobre a importância da subjetividade e interdisciplinaridade no âmbito do trabalho bem como uma revisita e consequentemente um repensar sobre a própria história. As questões disparadoras sobre a trajetória profissional auxiliaram este processo: Como chegou a Serfis? Onde sua história começa? Conte um pouco de sua formação e inserção neste serviço, como foi? Conte sobre sua formação: do sonho da formação ao cotidiano do trabalho hoje. A equipe, após relatos individuais, criou um desenho coletivo sobre a questão da interdisciplinaridade a partir de suas

marcas profissionais e pessoais, como um meio de criar articulação com o próximo encontro. No segundo encontro, resgatou-se o desenho como objeto disparador e também as seguintes questões: Quais as três palavras que surgem ao pensar em interdisciplinaridade? Falava-se em interdisciplinaridade quando você se formou? De que maneira? Você consegue observar uma prática interdisciplinar no seu cotidiano em serviço? Como? Relate um momento, uma cena do trabalho que você considerou que foi um atendimento interdisciplinar. Pensando sobre a produção e reconhecimento da existência de subjetividade vem sendo observado nestes encontros: como eles percebem a interdisciplinaridade instalada ou não na sua práxis e no cotidiano da unidade, quais foram os caminhos escolhidos até o momento presente, relatos sobre a formação, a continuidade da formação, os rompimentos, evoluções e outros conteúdos. Os Procedimentos para análise dos dados se fará de forma qualitativa, pois sua utilização é indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo. Considerações: As gravações ainda estão sendo transcritas e outros dois grupos com a equipe da manhã irão ocorrer. No primeiro encontro realizado, apenas o Psicólogo afirmou ter uma formação interdisciplinar e embora todos tenham dito que na dinâmica do serviço a interdisciplinaridade ocorra cotidianamente, pode-se observar certa incoerência deste fato a partir de uma primeira escuta das gravações e do olhar do observador externo, considerando-se os relatos durante o grupo, a postura corporal e a dinâmica que se estabeleceu durante o processo do GF. No entanto, no segundo encontro aprofundou-se a temática da interdisciplinaridade a partir do desenho coletivo que haviam realizado na anterior e também a partir das questões disparadoras

e neste encontro observou-se que um dos profissionais reconhece que na dinâmica do trabalho muitas vezes, a questão da interdisciplinaridade fica esquecida, devido à exigência de produtividade em atendimento ou mesmo por certo abandono desta questão. Sugere o resgate das reuniões da equipe para discussões de caso, mas também como forma de partilha de angústias, experiências e conhecimento, o que é prontamente acolhido por todos. Estando a coleta ainda em andamento não é possível ter-se uma representação significativa para uma interpretação que permita compreender se os objetivos propostos foram contemplados. Acredita-se, porém, que a possibilidade de revisitar e problematizar a própria trajetória profissional pode interferir positiva e diretamente no reconhecimento da ampliação da percepção dos profissionais da Serfis e que este feito poderá contribuir para a compreensão de como as identidades sociais e profissionais foram e são construídas, trazendo, portanto sentido no fazer cotidiano e nas relações. Um trabalho que reconheça o ser humano como um indivíduo integral e pertencente a um contexto sócio histórico tem proposta de resgatar conceitos éticos e valores humanos que possibilitem a transformação pessoal e conseqüentemente a transformação do coletivo por meio das percepções-ações daqueles que já reconheceram a necessidade da mudança. Espera-se, que a partir desta pesquisa, seja reconhecida e efetivada a criação de espaços e tempos de reflexões a respeito do cotidiano dos trabalhos e das relações interpessoais que nele se estabelecem. Baseada em experiências anteriores desta pesquisadora como psicóloga e educadora preocupada com o desenvolvimento do ser, observa-se a necessidade urgente de se realizar encontros e diálogos pautados em valores fundamentais, éticos, transcendentais e cooperativos, destacando a dimensão

saudável dos trabalhadores e suas potencialidades. Como iniciativa pretende-se a partir da escuta e da acolhida dos trabalhadores da Serfis, apresentar a Secretaria de Saúde de Santos um projeto de caráter interdisciplinar que terá como objetivo principal criar espaços de diálogos no referido equipamento promovendo um tempo educacional pautado na criatividade, na troca de saberes e partilha, bem como na promoção de saúde dos trabalhadores.

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO ENTRE DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE - MS

Beatriz Alves Marques de Souza, Sandra Christo dos Santos, Ana Maria Campos Marques

Palavras-chave: diabéticos, DM2, tabagismo, UBSF, atenção básica, comorbidades,

APRESENTAÇÃO: O Diabetes mellitus (DM) tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. No ano de 2011, 12,4 milhões de pessoas foram diagnosticadas com diabetes mellitus no Brasil, e a previsão é que este número aumente para 19,6 milhões de pessoas até 2030. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 (DM2) abrange 90% dos casos presentes no mundo e tem como causas básicas problemas, inicialmente, relacionados à atuação da insulina nos seus receptores periféricos, associados a um quadro de síndrome metabólica com conseqüente hiperglicemia. e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo. Portanto, a população de maior risco para o desenvolvimento do DM2, são os indivíduos com dislipidemia, circunferência abdominal aumentada e conseqüente resistência

insulínica que configuram os pacientes atendidos na prática diária de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Além das causas centrais para desenvolvimento de DM2 relacionadas aos hábitos de vida temos o tabagismo definido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS como doença crônica causada pela dependência à nicotina. O tabagista é exposto continuamente a mais de quatro mil substâncias tóxicas, o que faz do tabagismo o fator mais importante de risco, isolado para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que engloba principalmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras inclusive doenças renais. Substâncias presentes no tabaco, especialmente a nicotina, induzem a um aumento da glicemia de jejum e o desenvolvimento de resistência à insulina as quais desencadeiam mudanças nos perfis metabólicos de glicose e lipídeos, levando a hiperglicemia e dislipidemias com baixo nível de colesterol HDL. Estas alterações podem facilitar o desenvolvimento de DM2, doença de caráter crônico que acarreta redução da expectativa e qualidade de vida e aumento da mortalidade e morbidade, decorrentes de complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença cardíaca isquêmica, infarto e doença vascular periférica). Estudos sugerem que intervenções são viáveis em UBSF's e promovem melhoria da saúde da população de um modo geral. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce sejam realizadas ações de intervenção. Assim, estudos que avaliam o perfil de usuários do serviço de saúde podem auxiliar na prevenção desses agravos. Diante desta realidade, pergunta-se: como confrontar tal situação nos diferentes segmentos da sociedade, com foco nos indivíduos atendidos nas UBSF's e assim poder intervir na prevenção do DM2 e suas complicações,

através de ações de controle. Para tanto, se faz necessário conhecer a epidemiologia do tabagismo nessas populações, assim sendo o presente trabalho teve como objetivo estimar a prevalência do tabagismo entre os diabéticos e descrever o perfil quanto a idade, sexo, tipo de tabaco, idade de início e grau de dependência a nicotina (Teste de Fargstron) nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 com vistas a subsidiar a implementação de ações para o controle do tabagismo, nessa população. Desenvolvimento do trabalho: Estudo epidemiológico descritivo transversal realizado no município de Campo Grande, MS. A obtenção dos dados se deu por meio do preenchimento de formulário específico pelos pesquisadores mediante inquérito aos pacientes diabético, sujeitos da pesquisa, de uma amostra cujo cálculo amostral teve por base o número de pacientes portadores de DM2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes atendidos no período do estudo, composta por 408 (n) pacientes, sendo 12 de cada uma das 34 UBSF. As informações relativas ao atendimento foram fornecidas pela rede de atenção básica à saúde da região urbana do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, com uma população de 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013 (IBGE, 2013). O preenchimento dos formulários foi condicionado à obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. Para a confecção do banco de dados, planilhas, tabelas e avaliação estatística empregou-se o programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDERP, a coleta de dados teve início após a sua aprovação, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar, orientados e

esclarecidos, e informados da necessidade de que o seu consentimento fosse expresso mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma que foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador. Resultados e/ou impactos: Dos 371/408 (91%) pacientes que responderam ao inquérito 10,2% (38/371) declaram-se usuários de tabaco variando em idade de 25 a 76 anos, em média 57 anos com predomínio de 73% (28/38) no grupo etário de 50 a 60 anos sendo 25 (65,7%) do sexo feminino e 13 (34,3%) masculino. Quanto ao tipo de tabaco usado: 81,6% (31/38) fumam cigarro industrializado, 10,5% (04/38) fumam cigarro de palha e os demais 03 (7,9%) além do cigarro fumam cachimbo, narguilé e mascam fumo-de-rolô e 55,2% (21/38) iniciaram o uso do tabaco entre 11 a 15 anos. Em relação ao grau de dependência a nicotina em média alcançaram um escore de 4 na escala de Fargstron. Considerações finais: O percentual estimado de tabagista entre os pacientes diabéticos acompanhados nas UBSF da ordem de 10,2%, abaixo da população adulta de Campo Grande, 12,7% segundo inquérito VIGITEL 2013, o que a coloca entre as 10 capitais brasileiras com os maiores percentuais de tabagismo, portanto uma prevalência de 10,2% representa um dado a ser considerado pelo Programa de Controle de Diabetes, o esperado e aceitável seria um índice bem mais baixo, pois um dos pilares do tratamento do DM2 são as medidas não medicamentosas que visam a redução da obesidade, da ingestão de bebida alcoólica e do sedentarismo e a cessação do tabagismo com a oferta de tratamento descentralizado para as UBSF, a maioria delas oferta o tratamento além das campanhas de esclarecimento sobre os malefícios do uso do tabaco. Por outro lado temos que considerar que a omissão por parte dos pacientes tabagistas é uma realidade conforme descritos na

literatura o que aponta para um percentual subestimado. A idade média da ordem de 57 anos outro dado importante que assinala para uma maioria fumante há mais de 40 anos, aumento do risco de desenvolver as doenças tabaco dependentes além das complicações da doença de base. Considerando os resultados obtidos apesar de possíveis vieses metodológicos da pesquisa recomenda-se de imediato a intensificação do controle do tabagismo nessa população com ênfase que parte do tratamento e controle do DM2 é a cessação do tabagismo, desenvolvimento de pesquisas com abordagem qualitativa e operacionais.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM OBSERVATÓRIO PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM LONDRINA, PARANÁ

Flaviane Mello Lazarini, Dulce Aparecida Barbosa

Palavras-chave: Prevenção de Doenças Transmissíveis, Cuidado Pré-Natal, Educação Permanente

Apresentação: O Observatório para Sífilis de Londrina foi instituído em dezembro de 2013 e originou da parceria entre O Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI), a Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), as Diretorias de Vigilância em Saúde (DVS) e de Serviços Especiais (Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a Maternidade) e a Escola Paulista de Enfermagem-Unifesp por meio do projeto de doutorado intitulado "Implantação de Observatório para Sífilis Adquirida, Gestacional e Congênita: Proposta de Monitoramento das Epidemias". Justifica-se a necessidade desse estudo, pois é papel da vigilância epidemiológica recomendar, com bases objetivas e

científicas, as medidas necessárias para prevenir e/ou controlar a ocorrência da epidemia de sífilis em Londrina. Essa intervenção teve a finalidade de ampliar a autonomia dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde envolvida na gestão e na assistência materno-infantil e aperfeiçoar as práticas de educação permanente, prevenção e promoção à saúde. O objetivo do Observatório é aprimorar a vigilância em saúde local para o agravo sífilis, por meio de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção materno infantil municipal vinculada ao Sistema Único de Saúde. Desenvolvimento do trabalho: Foram realizadas atividades de educação permanente como intervenção da pesquisa com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde e de outros serviços de saúde envolvidos com o atendimento dos usuários, responsáveis pela notificação obrigatória da sífilis congênita e gestacional e que concordaram em realizar o treinamento, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As intervenções foram realizadas junto à Autarquia de Saúde de Londrina, em parceria com o setor de epidemiologia. O público alvo foram médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, bioquímicos, auxiliares de laboratório e pessoal administrativo que alimentam os bancos de dados de resultados de exames e notificação. Nas oficinas foi abordada a temática do uso adequado dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde (Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense) para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, congênita e adquirida (no caso das parcerias sexuais). A intervenção foi organizada com o apoio do grupo de trabalho do Observatório para Sífilis- GT Sífilis. O grupo conta com médicos (um ginecologista que atende na atenção básica e atua na regional de saúde e uma infecto-pediatra que atua no setor epidemiológico),

além de enfermeiros que estão na gestão da Saúde da Mulher, da Maternidade Municipal, do CMPMMI e do Centro de Testagem e Aconselhamento Municipal. O grupo elaborou capacitações em formato de oficinas onde foram discutidos casos reais de óbitos fetais e infantis por sífilis, sinalizando as possíveis ações que teriam evitado a transmissão vertical, as linhas de cuidado disponíveis e os itinerários terapêuticos realizados pelas gestantes. As oficinas tiveram duração de seis horas para fornecer ferramentas de trabalho aos multiplicadores. O critério de seleção dos profissionais multiplicadores foi exercer atividade profissional de nível superior nas UBS (médicos e enfermeiros), ter perfil de liderança e bom envolvimento com a equipe de saúde para replicar a oficina "in loco" e conhecer bem a comunidade onde atuam. Para facilitar a seleção, as gerentes de região que oferecem apoio às UBS pela DAPS, indicaram os profissionais que tinham as características necessárias para desenvolver o projeto. Para atender a todas as Unidades de Saúde do município a capacitação com esses profissionais foi dividida em três etapas, sendo que a primeira ocorreu em dezembro de 2013, a segunda em junho de 2014 e a terceira em setembro de 2014. Ao todo foram capacitados 120 profissionais médicos e enfermeiros das 53 Unidades Básicas de Saúde do Município, que qualificados tornaram-se facilitadores locais. Como facilitadores implantaram dois Fluxogramas descritores do processo de trabalho nos serviços de Saúde. O primeiro Fluxo detalha o processo de diagnóstico da sífilis durante o pré-natal (PN). O segundo Fluxo é utilizado quando há confirmação da sífilis. Para operacionalizar o processo de educação permanente o Secretário de Saúde autorizou que de forma organizada as UBS pudessem fechar por três horas, a fim de que todos os profissionais se envolvessem no processo. Os participantes

das oficinas construíram uma Matriz do Processo de Trabalho em cada UBS com toda a Equipe de Saúde da Família, reforçando a importância do pré-natal de qualidade e da responsabilidade de todos na prevenção de doenças e sequelas para os futuros bebês. O Observatório também monitora indicadores relacionados à testagem e tratamento da sífilis, além de apoiar campanhas de prevenção locais para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), como HIV e Hepatites Virais. Os resultados apresentados abaixo servirão de base para as próximas etapas de 2015, que englobam diagnóstico situacional das vulnerabilidades por região de Londrina e maior envolvimento do GT sífilis nessas áreas, fortalecendo a Rede de Apoio disponível. Resultados: Observou-se até o presente momento do estudo que a realização de teste de sífilis em gestantes na atenção básica conforme o protocolo Rede Mãe Paranaense passou de 1,19 em 2013 para 1,9 em 2014, a preconização é de um teste por trimestre (três testes no pré-natal e um no momento do parto). O tratamento adequado para gestantes com sífilis passou de 60,9% em 2013 para 94,1% em 2014. Em 2013, 65 casos de sífilis foram notificados em gestantes, resultando 41 casos notificados de sífilis congênita. Em 2014 foram notificados 94 casos em gestantes, sendo que 28 recém-nascidos tiveram sífilis congênita. Assim, houve uma redução importante na taxa de transmissão vertical da sífilis que passou de 67,2% em 2013 para 29,8% em 2014. Considerações finais: O observatório trouxe a possibilidade de treinamento e acompanhamento dos indicadores básicos relacionados à sífilis que qualificam o pré-natal e os primeiros resultados mostraram que o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde melhorou a detecção de casos e o monitoramento das gestantes infectadas com sífilis, por isso, o número de notificações de sífilis na gestação apresentou aumento. No entanto, a busca e o tratamento

adequado do binômio e de suas parcerias sexuais reduziram a taxa de transmissão da sífilis congênita em mais de 50%. Novos desafios estão sendo trabalhados como, por exemplo, o diagnóstico tardio que ainda acontece na maternidade, no momento do parto e o acompanhamento adequado do recém-nascido de mãe que teve sífilis na gestação, independente dele apresentar titulação positiva para sífilis no nascimento. Também há a necessidade de trabalhar a prevenção na população geral, envolvendo homens e mulheres em idade fértil, fora do período gestacional, bem como reforçar a importância da prevenção das IST nos grupos mais vulneráveis da população e ampliar a testagem e tratamento das parcerias sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis. Acredita-se que a estruturação da ferramenta Observatório para Sífilis no município, possibilitará o alcance de uma visão global das dimensões das ações de vigilância em saúde realizadas pelo Grupo de Trabalho instituído, bem como, auxiliará no desenvolvimento de novas estratégias de apoio aos profissionais de saúde, que reforcem ainda mais o trabalho intersetorial na Rede de Atenção à Saúde local, fortalecendo a gestão, a assistência e a prevenção não somente da sífilis, mas também de outros agravos completamente evitáveis e tratáveis pelo SUS durante o pré-natal e o puerpério.

PRODUÇÃO DO CUIDADO E RESOLUBILIDADE: SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monica Oliveira Rios, Maria Angela Alves do Nascimento, Magno Conceição das Mercedes

Palavras-chave: Produção do Cuidado, Resolubilidade, Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: A Produção do Cuidado tem como desafio dar resolubilidade às

necessidades dos usuários quanto às suas demandas de atenção a saúde, para desenvolver suas ações. A Produção de Cuidados diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida de todo dia e que se qualificam como determinantes de sociabilidade, que na nossa compreensão dependerá do Processo de Trabalho dos trabalhadores e gestores da saúde. Resolubilidade nos serviços de saúde significa uma resposta às demandas de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na “porta de entrada” ou em outros níveis de atenção do sistema, de forma a garantir ao acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, visando uma Produção do Cuidado integral. Neste sentido, entendemos que para dar respostas às necessidades de saúde dos usuários na Estratégia de Saúde da Família (ESF) requer uma Produção do Cuidado pautada na integralidade, com a finalidade de resolver o problema apresentado, em todas as dimensões. Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar a Produção do Cuidado e Resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família frente às práticas e saberes desenvolvidos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, resultado da dissertação de mestrado intitulada “PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA RESOLUBILIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: saberes, práticas e dilemas do cotidiano”, desenvolvida no programa de pós-graduação e pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, mestrado profissional em Enfermagem. O campo de estudo foram as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana/BA. Os participantes deste estudo foram 17 subdivididos em dois grupos, sendo o grupo I: Trabalhadores de saúde

da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde), e o grupo II: usuários dos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. O método de análise de dados selecionado foi a Análise de Conteúdo. Por representar um estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa se baseia na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o início do processo de coleta de dados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UEFS em julho de 2014. RESULTADOS: Dentre os resultados encontrados durante o desenvolvimento do estudo destacamos que os conceitos dos trabalhadores de saúde para a Produção do Cuidado têm enfoque na avaliação das necessidades dos usuários no sentido de trabalhar na perspectiva de prestar a assistência dos mesmos. Mediante tal lógica temos a impressão que, o simples fato de se avaliar e listar as necessidades de saúde ou demandas de saúde desses usuários e fazer a assistência técnica para dar a resposta esperada para resolver o problema, seria o suficiente para ocasionar a resolubilidade. Entretanto, pensamos que o problema maior encontra-se na forma ou maneira em que essa avaliação está sendo executada. A qualidade em se avaliar, coerentemente, os problemas de saúde de uma comunidade, individual e coletiva, associa-se a minuciosidade, a sensibilidade e a amplitude do olhar do avaliador em busca assim da tão sonhada resolubilidade. A rotatividade de trabalhadores pode estar atrelada aos frágeis vínculos empregatícios, condições inadequadas de trabalho, visto questões de estrutura e escassez de equipamentos para atuação; baixa remuneração e, até mesmo, casos de assédios morais relatados. Tais questões constituem um problema

da organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito SUS que precisa ser equacionado diante dos desafios, desde as precárias formas de seleção e contratação dos trabalhadores como os baixos salários, que, conseqüentemente, podem interferir na satisfação ou na desmotivação das equipes; a iniquidade distributiva da força de trabalho e o baixo desempenho do trabalhador. De fato, tivemos oportunidade de ver que alguns trabalhadores de saúde da ESF haviam sido remanejados ou substituídos recentemente por outros, sem motivos aparentes ou justificativas. Igualmente, naquele momento, muitos usuários expressaram o desejo de realizarem mobilização em prol da reivindicação do trabalhador de determinado pelo vínculo já criado. Tivemos oportunidade de acompanhar a atuação do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família em dois momentos; um, numa reunião para planejamento das atividades do mês, sem a presença da Equipe de Saúde da Família; e o outro, uma atividade em grupo terapêutico, sem ter a participação de qualquer trabalhador da Equipe de Saúde da Família. As atividades foram desenvolvidas no decorrer das práticas de atenção na ESF, porém sem a interdisciplinaridade com a Equipe de Saúde da Família para melhor adequar as ações às demandas da comunidade. A maior parte das atividades agendadas para o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família eram atividades coletivas, minimizando assim as práticas ambulatoriais. Independente a temática abordado as discussões atualmente têm visado a colocar em questão o que pode caracterizar, de fato e de direito, a Saúde Coletiva como campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção). Assim, essa multidisciplinaridade não deve limitar – se apenas a oferta de múltiplas atividades, e sim proporcionar a troca de saberes e práticas em atendimento as

necessidades múltiplas e interdisciplinares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em síntese, levamos em consideração que a Produção do Cuidado na ESF em suas práticas cotidianas, frente às vivências e dilemas dos trabalhadores de saúde da rede pública de saúde, ainda se encontra muitos desafios a serem vencidos para o alcance da resolubilidade dos problemas de saúde. Na prática destacamos a contradição da compreensão de resolubilidade. A Produção do Cuidado em Saúde na Atenção Básica precisa ter prioridade na condução da resolubilidade nas necessidades de saúde dos usuários da ESF. O vínculo encontra – se fragilizado pela rotatividade de trabalhadores, assim como há uma autonomia relativa da equipe e a passividade dos usuários; e uma rede de atenção que apesar da multidisciplinaridade da equipe de saúde da família é invisível à interdisciplinaridade, o que contribui para a necessidade de múltiplas especialidades para uma prática integral, resolutiva e humanizada; sem conseguir atender a tal propósito. Porém, não podemos deixar de destacar a relevância dos esforços, muitas vezes desprezados, tanto pelos trabalhadores, como pelos usuários, em vias alternativas com tentativas para alcançar a sonhada resolubilidade dos problemas de saúde. Tais esforços são importantes para o processo de trabalho da Produção do Cuidado multidisciplinar e responsável pelas ações de saúde, a partir de um trabalho em equipe, para a efetividade da Resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família.

PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Adilson Ribeiro dos Santos

Palavras-chave: Câncer de mama, Diagnóstico precoce, Atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: O câncer de mama é o tipo mais frequente nas mulheres e os cuidados direcionados para esta patologia se iniciam na Atenção Primária – AP, com ações de promoção, prevenção, detecção precoce dos casos na comunidade e cuidados paliativos. Nesta perspectiva, a Unidade de Saúde da Família (USF) realiza o rastreamento dos casos, baseados na identificação dos fatores de risco na comunidade e disponibilizando essas informações, bem como, estratégias para controle e diminuição da exposição a estes riscos. No processo de prevenção do câncer de mama, destaca-se a organização do serviço de atenção, bem como o direcionamento do paciente às redes de atenção à saúde, articulando intersetorialmente com os demais profissionais dos níveis responsáveis. Sendo que para a identificação precoce, para a redução das barreiras de acesso aos serviços especializados e adequado rastreio da população alvo é necessário o fortalecimento gerencial e a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde – SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma das principais portas de entrada do usuário ao SUS tem a possibilidade de rastrear, em âmbito da atenção primária, precocemente este tipo de câncer. Levando em consideração os fatores de risco como o fator hereditário, obesidade, menopausa, terapia de reposição hormonal, consumo do álcool. Assim, a produção do cuidado deve estar pautado na confiança entre usuário/profissional, na habilidade em ter um bom relacionamento terapêutico, uma escuta qualificada e boa resolutividade. Diante da importância da AP ao câncer de mama, percebe-se fatores que interferem nesse processo de cuidado como entraves existentes nas USF, baixa qualificação dos profissionais, desarticulação entre as

redes de atenção, atraso na entrega de exames citopatológicos, alta demanda e incapacidade dos gestores em articular o fluxo de demanda nos níveis de atenção, resultando em diagnóstico tardio que pode acarretar o óbito do paciente. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a produção do cuidado na atenção primária diante da prevenção do câncer de mama. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Esta é uma pesquisa de revisão de literatura de cunho descritivo e abordagem qualitativa, embasada no questionamento: o que vem sendo publicado na literatura acerca da produção do cuidado na atenção primária diante da prevenção do câncer de mama. Para a construção do estudo foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde durante agosto de 2014. A busca dos estudos iniciou com a definição dos descritores a serem pesquisados: “câncer de mama”, “neoplasias de mama”, “atenção primária”, “atenção básica”, “diagnóstico precoce”, “prevenção do câncer de mama”. Definidos os critérios de inclusão: artigos completos, em português e ano de publicação entre 2008 e 2013. Critério de exclusão: pesquisas que não contemplavam a temática e artigos duplicados. Assim, com os descritores isolados e a união deles, foram encontrados 10.603 artigos, porém, com base nos critérios de inclusão foram selecionados 591 artigos. Após a leitura dos resumos e também do artigo na íntegra foram selecionados 07 artigos. Para a análise dos artigos foi utilizado a análise temática de Bardin. Foi realizada a leitura exaustiva dos artigos articulada à questão norteadora bem como o objetivo do estudo. Posteriormente, deu-se a interpretação dos dados encontrados, a síntese dos mesmos e as realizadas as inferências e interpretações pertinentes. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A atenção primária tem a importante função no rastreamento do câncer de mama, porém, se depara com muitos desafios nessa atenção. Estudos apontam falhas na

ampliação do rastreamento, na organização da rede e construção de ferramentas para planejamento e monitoramento. Destacam também a dificuldade no acesso aos exames de rastreamento e as referências para diagnóstico e tratamento de alta complexidade, dificuldade de articulação entre os níveis de atenção. Outras dificuldades foram destacadas como o baixo tempo de atuação, a rotatividade entre os profissionais de saúde e a ausência de uma política de educação permanente em saúde. Destaca-se também uma valorização do exame clínico em detrimento da solicitação de mamografia, reduzindo as solicitações de tal exame. Outros estudos identificaram que o desconhecimento da população como fator limitador ao rastreamento, sendo que os indivíduos referem conhecimento sobre a necessidade da realização precoce. Foram destacadas questões culturais e de gênero como fatores limitadores da detecção precoce do câncer de mama, enfatizando que a realização da consulta ginecológica feita por homem ou mulher interfere na adesão às práticas de prevenção. As mesmas autoras destacam relatos de sentimentos de vergonha quando o profissional era homem. Estudos reportam a utilização de um programa como estratégia utilizada para rastreamento de câncer no nordeste brasileiro, onde foi realizada avaliação da cobertura e busca ativa das mulheres e destacam que a avaliação das ações do programa são positivas e adequadas ao seu propósito. Outro fator que chamou atenção na prevenção do câncer foi encontrado a existência de desigualdades socioeconômicas e raciais na assistência, sendo que a prevalência da realização de mamografia encontrou-se na classe econômica A/B e, a raça branca e indígena realizou mais mamografia do que as raças negras e pardas. Neste contexto a produção do cuidado na ESF na prevenção ao câncer de mama perpassava por várias questões

como o direcionamento e organização da rede de atenção. Além, das cotas para a realização de exames específicos, tornando, muitas vezes, tardio a detecção da neoplasia. **CONCLUSÃO:** Existem diversos entraves no que tange a prevenção do câncer de mama na atenção primária e a principal delas é a inoperância da intersetorialidade, o que coloca o usuário em situação de vulnerabilidade ao percorrer e voltar por caminhos sem respostas nos níveis de atenção. É necessária uma reestruturação da política de atenção ao câncer de mama voltado para a atenção básica, pois, é neste nível de atenção que se foca a prevenção, facilitando assim a detecção precoce dos casos na comunidade. Desta forma, para a reorientação do modelo de atenção, o ministério lançou o caderno de atenção básica, para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Assim, para que as estratégias encontradas no caderno do ministério possam surtir efeito é necessário que os profissionais e os gestores atuem com responsabilidade, é necessário que haja o empoderamento dos sujeitos, fortalecimento das redes de atenção e qualificação dos profissionais por meio da educação permanente.

PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM NOME DE UMA ÉTICA DE CUIDADO DESCENTRALIZADA

Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Francisco Anderson Carvalho de Lima, Luilma Albuquerque Gurgel, Ismália Magda de Oliveira Lima, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge, Diego da Silva Medeiros

Palavras-chave: Redes, produção do Cuidado, Cartografia

Este estudo é contribuinte da pesquisa

nacional ainda em andamento “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”. Objetiva-se estabelecer uma discussão acerca da concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) pautada na promoção da saúde e integralidade. Para tal desenvolvem-se (re) formulações acerca do cuidado, integralidade, micropolítica e redes enquanto agenciamentos compreendidos na perspectiva do processo subjetivo de trabalho vivo em ato. Por um lado existe a compreensão de que os sistemas de atenção à saúde passaram por reformulações ligadas a aspectos liberais dos anos 90, tais como o mecanismo de mercado, novos modelos de financiamento e a descentralização. O que não obteve sucesso na melhoria da qualidade de atenção e acesso. Diante disto, aponta-se que a visão no século XXI pretende ao alinhamento das políticas de reformas sanitárias de maneira a atender aos objetivos de atenção à saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde. E, neste aspecto a concepção das RAS pautada na clínica ampliada e agenciada no trabalho vivo se diferencia, atuando com o foco da gestão se na clínica e não nos meios que se propicia a atenção e contemplando a perspectiva rizomática das redes informais e existência subjetiva. Entretanto, tal perspectiva não abrange a complexidade necessária da questão, além de apresentar outros problemas, tais como o uso de concepções internacionais para a realidade brasileira. Ora, as experiências de cada Estado apresentam suas peculiaridades e o funcionamento e desenhar de suas redes emerge a partir dessa teia de existência de processos intersubjetivos, processos de trabalho, relações de território e regionalização, bem como questões que envolvem a produção do cuidado e gestão do cuidado, aspectos eminentemente

relacionados a micropolítica do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de seus princípios e diretrizes. Define-se como RAS o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”, representando a melhora da qualidade de atenção, diretamente relacionada com os movimentos de regionalização inerentes ao SUS em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, e compreendendo os aspectos micropolíticos (BRASIL, 2011; CARVALHO, 2013). Para o desenvolvimento desse escrito, tem-se como base a articulação entre a construção das narrativas dos atores-praticantes-construtores das redes temáticas, precisamente da rede no município de São Luís/MA, por meio de orientação cartográfica; e o histórico de políticas nacionais das RAS que preconizam princípios e diretrizes para a garantia do acesso e a qualidade de atendimento materno-infantil e a pessoas com câncer. As narrativas possuem um viés político, são ilustradas pela vivência de quem as profere e as registra num campo sempre vivo de produção. O que os envolvidos dizem implica tomada de posição numa certa política da narratividade (PASSOS E BARROS, 2010). Ressalta-se que tais caminhos investigativos permitem uma análise de diálogo entre as narrativas que se expressam no devir cotidiano de prática com as políticas que se processam na construção histórica do plano de atenção da Rede Cegonha (RC) e a Rede Oncológica (RO). Como primeira etapa, busca-se a amplitude da pesquisa, convidando trabalhadores de saúde, coordenadores de serviços, gestores e todos os interessados em participar da pesquisa tornando-se guias para possibilitar e facilitar o encontro entre a pesquisa e seus elementos chaves: os usuários-guia. Antes mesmo da entrada em campo já se problematiza o próprio campo, conhecido culturalmente e socialmente como uma seara de sofrimento

que traça linhas tênues entre a vida e a morte. Sabendo desta representação social, é cabível, de início desterritorializar-se do simbólico para territorializar-se com a singularidade dos campos que se almeja adentrarem. Kastrup (2007) nos clarifica que cartografar é desdobrar e acompanhar processos e não representar um objeto. Isso significa dizer que exige, primeiramente, outra postura do pesquisador. Faz-se necessário uma postura que privilegie a política, a ética, a estética e a poética do próprio território que se deseja adentrar. Significa dizer, também, que é preciso estar aberto ao campo que se pretende conhecer, para desbravar mundos novos ou não tão novos assim, por já fazerem parte de uma representação social e de saúde. Mas, estar aberto, é o primeiro passo. Referir-se a uma temática de território não é apenas compreender seus limites geográficos, conhecer quais os serviços, onde ficam, quais suas dividas. Lima e Yasui (2013) afirmam que territorializar-se é estar aberto ao encontro de um contexto – existência – onde se desdobram múltiplas possibilidades de vida, atravessadas por culturas, crenças e histórias de forma microestrutural e pelos aspectos sócio-político-econômico que o demarca. Dessa forma, o que se propôs a fazer para a entrada em campo foi atravessar e deixar ser atravessado pelos contextos de território em saúde, entendendo os processos de existência enquanto irreduzivelmente singulares a este espaço, a este tempo e a este lugar. Diante de tais perspectivas metodológicas, a pesquisa norteou-se, inicialmente, em conhecer quais os possíveis serviços de saúde que poderiam ser acessíveis nessa seara, quem seriam seus protagonistas do cuidado para guiar a pesquisa, sendo informantes-chaves e como seria possível um diálogo entre pesquisa, pesquisadores, território e atores-oncológicos. A partir de um paradigma rizomático e, portanto que intersecciona, procura-se englobar e agenciar

aspectos micropolíticos do cuidado a partir do trabalho vivo em ato, uma vez que é a partir desse prisma que se pode conceber o que é intrínseco ao trabalho. O qual envolve sujeitos a partir de suas práticas de cuidado compreendidas por meio de sua alteridade na relação com o mundo, a constante transformação subjetiva e, por conseguinte, política dos diversos atores envolvidos no processo de saúde e cuidado. A micropolítica, aqui, transcende aspectos de adequação a paradigmas pré-estabelecidos e a quaisquer delimitações, posto que o trabalhador seja auto gerido e o usuário, em sua relação com o mundo, interfere na alteridade de todos os atores do cuidado, isso tudo através do processo intersubjetivo dos sujeitos que compõem essa rede (muito além das políticas estatais), uma vez que o fio condutor de tensionamento dessas redes é o investimento subjetivo dos envolvidos, já que desobedecer é o único verbo-corpo-alma conhecido pelo rizoma. Por tal motivo, além disso, ressalta-se a valorização e empoderamento das redes informais de saúde e cuidado, posto que é justamente nestes agenciamentos que se irrompe a promoção da saúde, a partir das existência do irromper do vivido, o Estado atua aqui a partir das políticas, de maneira a fortalecer tais processos e não estabelecê-los, pois não dispõe desse poder (FRANCO e MERHY, 2012; GOMES e MERHY, 2014; JORGE et al., 2011; FRANCO e MERHY, 2011). Faz-se necessário compreender a relação que a compreensão do processo de trabalho a partir do trabalho vivo em ato tem com a produção do cuidado. As linhas de cuidado estabelecidas nos mecanismos e ferramentas de cuidado convergem de acordo com a emergência da singularidade de cada usuário em tratamento com a corresponsabilização da equipe e seus processos de vínculo, acolhimento e promoção da saúde e elaboração de estratégias de cuidado. Isto é, a micropolítica ocupa lugar estratégico no campo existencial de saúde e cuidado.

PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA: REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DE SUA IMPLANTAÇÃO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Camila Veiga de Lara, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri, Marcia Regina Martins Alvarenga, Odival Faccenda

Palavras-chave: Aposentadoria, Planejamento, Saúde do Trabalhador

APRESENTAÇÃO: O aumento da expectativa de vida da população mundial tem exigido dos profissionais de saúde e dos gestores públicos, a elaboração de leis e o desenvolvimento de estratégias que propiciem estilo de vida saudável, aposentadoria bem-sucedida e envelhecimento ativo e com qualidade. O objetivo deste estudo é refletir sobre a importância e a necessidade da preparação e do planejamento para aposentadoria de servidores públicos de uma instituição de ensino superior para que essa fase da vida seja vivida de forma ativa e bem-sucedida. **DESENVOLVIMENTO:** Etimologicamente, aposentar-se vem do verbo latino “pausare”, que significa pousar, parar, cessar, descansar, tomar aposento. Essas definições refletem as representações sociais que vinculam a aposentadoria às vivências de inutilidade, improdutividade e recolhimento. Essa definição de aposentadoria está sendo superada, mas para falar sobre aposentadoria é preciso antes falar sobre trabalho, que tem hoje lugar central na vida do homem e na vida em sociedade. Trabalho não é só uma atividade ou uma forma de ganhar a vida, mas uma forma de inserção social. É um dos grandes alicerces da formação do sujeito, contribuindo para a formação da identidade e da subjetividade, já que aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados, e é compreendido como elemento essencial para o equilíbrio, desenvolvimento e saúde do ser humano

(DEJOURS, DESSORS, DESRIAUX, 1993). Portanto, “trabalho significa necessidade e razão de vida, e, lugar comum, forma a identidade do indivíduo; a profissão caracteriza o seu ser; e o indivíduo é sua profissão” (FERNANDES, 2004, p.1). Assim, a dinâmica da construção da identidade se dá em dois campos, o primeiro íntimo ou erótico é o amor, o segundo é o campo social, que passa sempre pelo trabalho, pelo reconhecimento de seu fazer, sendo assim, o trabalho constitui uma segunda chance para construção da identidade e da saúde mental (DEJOURS, 1994). Considerando a importância que o trabalho tem na vida do ser humano é possível conjecturar os desdobramentos de seu desligamento. O processo de aposentadoria, usualmente, é imerso em ansiedade, pois deflagra a transição para o desconhecido (ZANELI, 2012). Aposentar-se está ligado a uma série de tabus e constitui um fator de intranquilidade. Quando o trabalhador se aposenta, sua identidade precisa ser revista, reelaborada, ressignificada (SANTOS 1990 apud MARANGONI e MANGABEIRA, 2014). Assim como outros processos de transição a aposentadoria requer a aquisição de competências que auxiliem o indivíduo a enfrentar as dificuldades dessa fase, já que é um acontecimento que exige adequações no estilo de vida, nas relações sociais, familiares e de trabalho. É uma vivência acompanhada de contradições, e a falta de preparo e planejamento pode provocar uma série de conflitos, além de transtornos mentais e comportamentais, como depressão e ansiedade (MARANGONI e MANGABEIRA, 2014). Planejar-se com antecedência é um requisito fundamental para uma aposentadoria bem-sucedida (FRANÇA et al., 2014) e uma vida harmônica entre o sujeito e sua realidade. **RESULTADOS:** É consenso na literatura que os Programas de Educação para Aposentadoria, representam uma importante medida de prevenção

e promoção à saúde dos trabalhadores. O planejamento da aposentadoria foi identificado, em uma revisão de literatura internacional, como uma das condições que favorecem a qualidade de vida após o desligamento do trabalho, somado a ter saúde física e mental, aposentar-se por decisão própria, usufruir de bom status financeiro, engajar-se em lazer e trabalho formal ou voluntário, aposentar-se para fazer outras atividades e ter boa relação conjugal (MURTA, FRANÇA, SEIDL, 2014). Portanto, a transição para a aposentadoria será facilitada, se a pessoa puder vivenciar essa preparação ainda quando estiver em atividade, para evitar um rompimento brusco e repentino o que pode potencializar o início de conflitos (ZANELLI, 2012). Durante a preparação para a aposentadoria, o trabalhador, poderá avaliar as suas condições financeiras, de saúde e o modo como organiza sua vida, podendo assim estabelecer diretrizes que o orientem na ausência do trabalho, criando possibilidades de agir diante da falta de práticas que delinearão o seu cotidiano por longos anos (BOTH e CARLOS, 2005). A inserção da família no processo de preparação é outro fator relevante, uma vez que os impactos da aposentadoria ressoam também no seu círculo de convivência, em especial nos familiares (MARANGONI e MANGABEIRA, 2014). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A preparação para a aposentadoria precisa ser assumida como responsabilidade individual, mas os setores da sociedade devem atuar como agentes facilitadores, fornecendo estímulo e apoio ao trabalhador em função do planejamento de seu futuro (FRANÇA, 2002). Importante salientar que as instituições que ofertam a preparação para aposentadoria aos seus trabalhadores não estão apenas promovendo saúde, mas atendendo a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003). Este prevê que

em relação ao afastamento das atividades laborais estabelecem que o poder público deva desenvolver e estimular programas de preparação para aposentadoria, em órgãos públicos e privados, com antecedência mínima de dois anos, segundo a Política Nacional do Idoso e um ano segundo o Estatuto do Idoso. A Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS), que é uma política de gestão de pessoas também prevê a implantação de Programas de Preparação para Aposentadoria como forma de evitar danos à saúde mental do servidor e diminuir o sofrimento psíquico em razão de seu afastamento do trabalho (BRASIL, 2010). A Portaria Normativa nº 3 que instituiu as diretrizes gerais de Promoção de Saúde do Servidor Público Federal, recomenda que as ações priorizem, entre outras, a saúde do idoso o envelhecimento ativo, educação e preparação para aposentadoria (BRASIL, 2013). Além de atender a legislação, as instituições que implantam os Programas se beneficiam, pois executam sua função de responsabilidade social; conduzem os processos de aposentadoria de forma ética e humanizada; fortalecem sua imagem externa e internamente, mantendo em equilíbrio o clima organizacional, contribuindo para a instalação de sentimentos de segurança, respeito e transparência entre a equipe dirigente e os servidores (FRANÇA E SOARES 2009; ZANELLI, SILVA, SOARES, 2010). É nessa perspectiva que se propõe um Programa de Preparação para Aposentadoria para os servidores técnicos administrativos e docentes da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), que possuía, em maio de 2015, segundo dados da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas um quadro de 892 técnicos administrativos e 505 docentes, perfazendo um total de 1397 servidores, destes pelo menos 82 servidores estão a pelo menos cinco anos da aposentadoria ou já atingiram os critérios para aposentar-se. Com a implantação do Programa de

Preparação para Aposentadoria na UFGD, espera-se criar espaços de diálogo e promover educação em saúde, diminuindo o surgimento de dificuldades emocionais nos anos que antecedem e sucedem a aposentadoria, contribuindo assim para a vivenciá-la como uma oportunidade de mudança para uma vida com mais autonomia e prazer.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: O IMPACTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Monique Alves Padilha, Fabiana Dias

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Determinantes sociais, Atenção Primária

APRESENTAÇÃO: O crescimento populacional e o aumento da expectativa de vida têm contribuído para uma mudança no perfil epidemiológico mundial. A carga de doenças relacionadas às iniquidades em saúde, neste caso, às condições em que as pessoas vivem, tem aumentado visto que os chamados determinantes sociais de saúde (DSS) têm influenciado negativamente na qualidade de vida das populações (OMS, 2011). Os DSS estão relacionados às questões sociais, econômicas, culturais, étnico/raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, dessa forma, deve-se fazer um planejamento coordenado de ações com a participação de diversos setores com ampla participação popular (CNDSS, 2008). Uma das estratégias de mudança de modelo e de intervenção sobre os DSS que ganhou força na década de setenta foi a Atenção Primária à Saúde (APS), presente na Declaração de Alma-Ata, que tinha como princípios a coordenação intersetorial, a participação social e a reestruturação dos

serviços de saúde por meio dos serviços básicos com foco na equidade do acesso e à qualidade da atenção à saúde (Pellegrini Filho, Buss& Esperidião, 2014). Nos anos de 1986, ocorreu um resgate dos conceitos e ideologias da Declaração de Alma Ata durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como produto a Carta de Ottawa, um marco teórico-conceitual no campo da promoção da saúde (PS) até os dias atuais e que defende um cuidado ampliado e integral à saúde (Brasil, 2002). Nesta perspectiva, as ações sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) são essenciais visto que tem como foco a redução das iniquidades em saúde, a melhoria das condições de vida e bem-estar promovendo o desenvolvimento por meio de ações em áreas prioritárias para além do campo ou setor saúde, de maneira intersetorial e transversal (OMS, 2011). Segundo a OMS a APS deve reconhecer a existência e o crescimento das injustiças sociais em vários países e assim se organizar os serviços de atenção à saúde de forma que esteja pautado em valores de dignidade, equidade em saúde, solidariedade e ética profissional (Starfield, 2002). **DESENVOLVIMENTO:** A APS apresenta-se como uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde, compreendendo o primeiro nível de atenção à saúde, assim como, um modelo de mudança das práticas dos profissionais. Tem como premissa coordenar a linha de cuidado, permeando o trabalho dos profissionais dos outros níveis do sistema de saúde objetivando organizar e racionalizar o uso dos recursos, básicos ou hospitalares, direcionados para a prevenção, promoção, assistência e melhoria da saúde (Starfield, 2002). Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica por meio de uma análise crítica sobre a Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais considerando o seu impacto na Atenção Primária à Saúde. **RESULTADOS:** No

Brasil, a APS ganha a designação de Atenção Básica à Saúde enfatizando a necessidade de reorientação do modelo de atenção à saúde. E para implementá-la, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica mediante a reorientação do serviço e das práticas de saúde visando ampliar a resolutividade dos serviços e melhorar as condições de saúde dos indivíduos e coletividades (Brasil, 2012). A ESF é uma estratégia comunitária de cuidados em saúde, e pode ser entendida como um conjunto de ações e serviços estruturados em níveis de atenção, coordenados e em rede, para além da assistência médica, pois considera as necessidades da população, trabalha na lógica do vínculo entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, das intervenções junto ao território, assim como a assistência e a promoção da saúde (Oliveira & Pereira, 2013). A Carta de Ottawa conceitua Promoção da Saúde como o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre os determinantes sociais de saúde e melhorar a sua qualidade de vida (BRASIL, 2002). As ações e práticas da promoção da saúde possuem princípios definidos ao longo das discussões nas conferências de promoção e da literatura sobre o tema. Esses temas orientam as práticas visando apreender a complexidade e ao mesmo as singularidades do território e dos sujeitos. Os princípios nesta perspectiva são enunciados na obra da autora Márcia Whestphal (2006): 1) A concepção holística de saúde, com um olhar multicausal do processo saúde-doença compreende as questões que afetam a vida não estão restritas ao setor saúde, e a complexidade do território deve levar em conta o conceito de saúde, enquanto produção social, e conseqüentemente os seus determinantes sociais; 2) A equidade, enquanto princípio e conceito denota

uma responsabilidade voltada para justiça social, de direitos e o enfretamento das iniquidades, dessa forma, a equidade busca criar oportunidades iguais para todos ao acesso à saúde; 3) A intersetorialidade é um princípio que transita sobre os demais, visto que é preciso deslocar a saúde para o centro das questões do desenvolvimento social, abrindo e unindo diversos olhares sobre a mesma questão, superando a ótica fragmentada do planejamento e execução das ações; 4) A participação social, enquanto fortalecimento da ação comunitária e o empoderamento, é importante para que a população participe do planejamento, tomada de decisão individual e coletiva, assim como tenha controle sobre os determinantes sociais; 5) A sustentabilidade é um enorme desafio enquanto prática de PS, porém quando conquistada também revela a potencialidade da transformação na forma como se planeja, se constrói a política pública e representa, quando alcançada, a conquista do desenvolvimento social e sustentável em longo prazo (Whestphal, 2006). As ações de promoção da saúde são maximizadas quando são desenvolvidas em espaços coletivos, envolvendo um maior número de parceiros em diferentes cenários. Estes cenários são identificados por meios de experiências já conhecidas no campo temático, como os municípios saudáveis, os centros de saúde ou postos de saúde, as escolas saudáveis, locais de trabalho, os meios de comunicação e o legislativo, sendo potencializados quando se relacionam com os mecanismos de atuação (Buss, Pellegrini & Espiridião, 2014). Os mecanismos de atuação pressupostos para ações nestes cenários da promoção são os conhecidos campos da promoção da saúde, sendo eles o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, os ambientes favoráveis a essas ações, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais

(Buss, Pellegrini & Espiridião, 2014). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atenção à saúde centrada na família e no território requer dos profissionais a aproximação com o ambiente físico e social, de modo a propiciar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que não apenas as práticas curativas. (Oliveira & Pereira, 2013). Nesta perspectiva tem-se o reconhecimento de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos populacionais têm relação direta com sua situação de saúde, o que requer pensar em intervenções sobre os DSS presentes no território considerando o seu contexto particular e suas especificidades. A ESF permite uma maior aproximação dos profissionais junto às pessoas no território, identificando suas necessidades e integrando o usuário do serviço no planejamento, implementação e avaliação dos serviços por meio de uma gestão participativa. Ainda, fortalece o vínculo por meio do cuidado ao longo dos ciclos de vida perpassando os diferentes DSS ao realizar suas práticas diárias como consultas, visitas ao domicílio, ações de promoção da saúde nas escolas, praças, entre outros.

PROPOSTA DE PROTOCOLO: IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA ALTERAÇÕES DE FALA E LINGUAGEM (PIFRAL)

Lais Vignati Ferreira, Daniela Regina Molini-Avejonas

APRESENTAÇÃO: A Fonoaudiologia, como ciência da comunicação, possui uma vasta perspectiva de atuação em sistemas e serviços de saúde nos três níveis de assistência (primário, secundário e terciário). As práticas nos aspectos da linguagem, voz, audição e motricidade oral devem ser dirigidas a pessoas e grupos

sociais, por meio do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e educação em saúde, que estejam em consonância com os indicadores de qualidade de vida e de saúde da população para qual será elaborada a proposta de cuidado. Para esse fim, mais do que planejar modelos de identificação da prevalência e incidência das alterações de linguagem em crianças, deve-se identificar os fatores de risco para essas alterações. Risco é definido como a chance de uma criança exposta a determinados fatores (ambientais ou biológicos) adquirir ou desenvolver alterações, no presente caso, fonoaudiológicas. Além dos riscos biológicos para essas alterações, são considerados os ambientais e sociais. Para a identificação de fatores de risco, entendendo como essencial para o delineamento de processos de cuidado à população, o Protocolo para Identificação de Fatores de Risco para a Alteração de Linguagem e Fala (PIFRAL) foi proposto. Esse protocolo consiste em um formulário com 29 itens administrados aos pais/responsáveis de crianças e compreende questões sociodemográficas (idade, gênero, raça declarada e escolaridade da criança; idade, escolaridade e profissão dos pais; local da residência), sobre a família (número de irmãos, ordem de nascimento, gemelaridade, tempo que passam com os filhos, língua utilizada em casa), informações sobre os períodos pré, peri e pós-natal e aspectos psicológicos da criança. O PIFRAL foi utilizado em um estudo piloto em laboratório, em condições experimentais para aplicação deste. **OBJETIVOS:** O presente estudo objetiva comparar os resultados de aplicação do estudo piloto com os resultados de aplicação após aumento da amostra, a fim de observar se os resultados se mantiveram ou se ocorreram mudanças na frequência de ocorrência dos fatores de risco para alterações fonoaudiológicas em crianças. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo

descritivo, retrospectivo, desenvolvido com as crianças atendidas no Laboratório de Investigação Fonoaudiológica em Atenção Primária à Saúde (LIFAPS) do curso de Fonoaudiologia da USP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP, processo nº 057/11, e todos os pais/responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram do estudo 238 crianças e seus respectivos pais e/ou responsáveis, que procuraram atendimento fonoaudiológico na referida clínica-escola. Os critérios de inclusão foram: faixa etária até cinco anos de idade e com hipótese diagnóstica estabelecida nas áreas de audição, voz, fala, linguagem e sistema miofuncional orofacial. Foram excluídos os sujeitos cujos pais não assinaram o TCLE e/ou cujos prontuários tivessem informações incompletas. Na rotina do atendimento clínico do LIFAPS, onde ocorre a triagem fonoaudiológica, solicitou-se que os pais/responsáveis das crianças atendidas respondessem ao formulário PIFRAL. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados obtidos. A faixa etária predominante das crianças participantes foi entre 2 a 5 anos de idade, do gênero masculino. O informante a maior parte das vezes, foi a mãe. Das 238 crianças, 156 tinham irmãos, sendo que a maioria delas era o filho mais novo. Apenas 4,2% das crianças eram gemelares; e, a grande maioria era falante do português brasileiro (98,7%). Os pais passavam entre 4 e 8 horas com as crianças. A categorização da frequência dos fatores de risco foi realizada de acordo com o período de ocorrência: pré, peri ou pós-natal. No período pré-natal, o fator de risco predominante foi a presença de antecedentes familiares (39,5%) e intercorrências durante a gestação (37,0%). No período perinatal o fator de risco predominante foi prematuridade (18,1%) No período pós-natal, o fator de risco

predominante foi hábitos orais deletérios (51,3%). É interessante notar que em 39% das crianças houve a ocorrência de apenas um fator de risco. Os temperamentos afetivo (53,8%) e tímido (19,7%) tiveram a maior frequência. A amostra analisada para o atual estudo teve um aumento de 40 % de participantes em comparação ao estudo piloto. RESULTADOS: A caracterização sócio-demográfica apresentou algumas mudanças em relação à amostra do estudo citado, mas os fatores de risco para alteração fonoaudiológica relacionados à família, à saúde da criança e ao ambiente, se mantiveram. As características que se mantiveram no estudo atual em relação ao estudo anterior foram: faixa etária, prevalência do gênero masculino e temperamento tímido e afetivo. A prevalência do gênero masculino pode ser explicada pelo processo mais lentificado de maturação nervosa de crianças do gênero masculino; conseqüentemente, há uma vulnerabilidade nas alterações em geral. Além disso, o hormônio testosterona pode estar relacionado, já que influencia na renovação celular e dificulta a realização de conexões adequadas. Esses dois fatores podem estar associados ao desenvolvimento linguístico. No que tange ao comportamento, destacamos a maior ocorrência dos temperamentos tímido e afetivo. As pesquisas caracterizam o temperamento afetivo como mais propício ao desenvolvimento, embora ainda sejam necessários mais estudos para que essa correlação possa ser efetivamente considerada; e, os dados sugerem que a timidez pode ser reflexo da própria alteração fonoaudiológica. Observou-se maior ocorrência de filhos mais novos, seguido de filhos únicos. Isto pois, a ordem de nascimento pode influenciar no desenvolvimento da linguagem e da fala. As hipóteses consideradas para esses resultados são a da divisão de atenção que

os pais precisam realizar com o nascimento do filho mais novo e a infantilização do mesmo por um tempo mais prolongado em relação ao mais velho. Pode-se observar a possível relação entre o tratamento dos pais com o filho mais novo e o filho único. No estudo anterior, o filho único havia sido a maioria na amostra. O aumento do número de sujeitos não acarretou mudanças na frequência de ocorrência dos fatores de risco estudados nos três períodos: pré, peri e pós-natais. No período perinatal, houve maior ocorrência do fator de risco prematuridade, que pode prejudicar aspectos da plasticidade neural, que interfere no desenvolvimento como um todo, inclusive da linguagem. No período pré-natal, os antecedentes familiares e o uso de drogas (lícitas ou ilícitas) foram os fatores de risco mais prevalentes. Sabe-se da correlação existente entre o histórico familiar e a ocorrência de alterações fonoaudiológicas nas gerações seguintes. Quanto ao uso de drogas, há a interferência no desenvolvimento do feto, interferindo no desenvolvimento de linguagem. Já no período pós-natal, os fatores de risco mais frequente foram os hábitos orais deletérios, corroborando com estudos anteriores e internações por períodos de tempo prolongado. Sobre a internação, cabe ressaltar que o quadro emocional da criança e todos os fatores biológicos afetados nesse processo por um longo período, estão relacionados com o desenvolvimento de linguagem. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É de grande importância que esse instrumento seja validado, pois pode ser um fator facilitador para fomentar na prática os conceitos de clínica ampliada, determinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo um protocolo de fácil aplicação, o PIFRAL pode ser um potencializador do apoio matricial, que visa a qualificação de ações interdisciplinares com maior apropriação dos saberes das diversas áreas, em uma

equipe interdisciplinar. Houve manutenção dos fatores de risco para alteração fonoaudiológica em relação ao estudo anterior. Portanto, o acompanhamento das crianças que possuam esses fatores de risco deve ser realizado, de modo a promover a estimulação necessária e a construção de ambientes saudáveis.

PSICODINÂMICA DO TRABALHO: UM ESTUDO COM PROFESSORES DA REDE PRIVADA DE ENSINO

Gabriel Luis Pereira Nolasco, Barbara Maranim Teixeira, Branca Maria de Meneses, Cleberson da Silva Alves, Ludemila dos Santos Almeida, Marinthia Cárcaro Martins

Palavras-chave: Professores, Trabalho, Psicodinâmica do Trabalho

O trabalho do professor é caracterizado pelo exercício da docência, sendo uma das profissões mais antigas da sociedade. De fato o professor no educar, reconstrói toda a história do passado até o futuro, fazendo suas inter-relações nas diversas ciências e contribuindo para aquisição de conhecimento de seus alunos. Sabendo da importância do papel deste profissional na educação e na constituição psíquica do sujeito, e vendo como o trabalho age interferindo na saúde e vida dos indivíduos, este trabalho constitui-se num estudo que busca compreender a prática do trabalho docente de professores em uma escola privada e sua associação com a Síndrome de Burnout. A Psicodinâmica do Trabalho de Dejours surge dos estudos influenciados por Le Guillant, que desenvolveu estudos nos anos 50, o que possibilitou correlacionar o trabalho e psicopatologia. No entanto, foi com os estudos de Dejours (1992), com a publicação do seu livro, Travail: usure mentale: essai de psychopathologie du

travail, em 1980, traduzido no Brasil, em 1987, com o nome de A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Para Dejours (1992) o sofrimento é campo da Psicodinâmica do Trabalho; é cheio de significação e, portanto, campo de batalha entre duas esferas do aparelho psíquico: o seu funcionamento, propriamente dito, e os mecanismos de defesa, por exemplo, a sublimação tratada na discussão. Outro fator decisivo para aqueles que estudam a Psicodinâmica do Trabalho, é que esta visa o estudo da coletividade, ou seja, no ambiente de trabalho. Diante disso, não caberia nesse sentido uma clínica voltada ao sofrimento de psíquico individual já que é neste ambiente coletivo do trabalho que esse surge. Com relação a coleta de dados, foi constituída por 14 (quatorze) professores de uma instituição privada de Ensino infantil, fundamental e médio, da cidade de Campo Grande – MS, que estão exercendo sua atividade durante o ano de 2014 e, presente durante a aplicação do inventário. Com relação ao gênero, 42,9% dos participantes foram mulheres (n=6) e 57,1% do gênero masculino. Sobre a idade: 7% entre 18 e 29 anos e (n=1); 36% entre 30 e 39 anos (n=5) e 57% entre 40 e 49 anos (n=8). Em relação ao estado civil: 72% dos entrevistados são casados (n=10); 21% são solteiros ou divorciados (n=3) e 7% não responderam (n=1). Sobre o grau de instrução: 72% dos participantes responderam que possuem graduação completa (n=10) e 28% dos participantes possuem pós-graduação ou mestrado (n=4). Para levantamento dos dados, utilizou-se o instrumento, auto aplicado, Maslach Burnout Inventory (MBI – ED, 1986). Este instrumento é utilizado para avaliar como o sujeito vivencia seu trabalho e é composto por 22 itens que indicam frequência de respostas, numa escala de pontuação que varia de 0 a 6, sendo 0 para “nunca”, 1 para “uma vez ao ano ou menos”, 2 para “uma

vez ao mês ou menos”, 3 “algumas vezes ao mês”, 4 “uma vez por semana”, 5 “algumas vezes por semana” e 6 “todos os dias”. O MBI tem validade fatorial e consistência interna de suas escalas satisfatórias, sendo que a variável burnout foi obtida através do cálculo da média das pontuações obtidas, nas diferentes dimensões estabelecidas pelo modelo e que apontou o índice alcançado em cada uma delas. São três dimensões estabelecidas pelo modelo de Maslach: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho (Carlotto&Palazzo, 2006). Contudo, não utilizamos este padrão para analisar os dados coletados, assim como também não utilizamos todos os dados coletados e, sim, apenas os itens de maior incidência nas respostas. Os dados obtidos foram registrados em tabela, sendo esta classificada de acordo com o maior número percentual de respostas obtidas em cada item. Para análise dos dados optamos pela análise dos dados quantitativos onde, de modo geral, verificamos as relações existentes entre as diversas variáveis possíveis. Para Dejours (1992, p. 11) “falar da saúde é sempre difícil. Evocar o sofrimento e a doença é, em contrapartida, mais fácil: todo mundo o faz”. Ou seja, a necessidade de se estudar a Psicodinâmica do Trabalho nasceu a medida que Dejours et al. sentiram que existia um sofrimento psíquico decorrente das relações de trabalho que encontra-se a classe trabalhadora. Já em relação Homem – Trabalho, Dejours (1992) deixa claro que são três as questões primordiais que corroboram para o surgimento da doença: a) o trabalhador – o organismo, não é uma máquina e, sim, pode adoecer; b) o trabalhador possui uma história e logo uma identidade, desejos, aspirações que, conseqüentemente, o faz um ser singular mesmo estando em um ambiente coletivo; c) por se tratar de um ser uno, com desejos e motivações por conta da sua história de

vida, são características que se apresentam como estrutura da personalidade. Ou seja, diante disso será que no ambiente de trabalho todos os desejos, motivações, aspirações são desenvolvidas? Será que no espaço do mundo do trabalho há lugar para a singularidade? Caso não haja tal equilíbrio entre singularidade e a coletividade o aparelho psíquico pode não aguentar e pode criar saídas, como o sofrimento. Diante desse levantamento teórico sobre os conceitos básicos: subjetividade e sublimação, que alicerçam a psicodinâmica do trabalho iniciaremos uma discussão sobre os resultados obtidos através dos questionários aplicados em professores e correlacioná-los com a teoria proposta. Em primeira instância, chamou-nos atenção o fato de nossos resultados terem deflagrado contradição ao que vem sendo evidenciado na literatura, por exemplo, os resultados obtidos por Carlotto&Palazzo (2006) onde foi apontada a possibilidade da síndrome de burnout na população docente. Os mesmos autores reafirmam que expectativas familiares, mau comportamento dos alunos, e falta de participação nas decisões institucionais são os fatores com maiores índices de estresse para categoria. No entanto, é de suma importância salientar que a despersonalização é fator primordial para que a síndrome desencadeie, já que a exaustão emocional e o baixo rendimento profissional podem estar associados a outras síndromes e não, exclusivamente, ao burnout. Com isso os dados obtidos suscitam uma divergência e para explicar tal levantamento elencamos algumas hipóteses: a) os participantes da pesquisa terem resguardado informações; b) as condições ambientais de trabalho dos pesquisados são favoráveis aos trabalhadores, permitindo assim a elaboração de estratégias defensivas e os processos sublimatórios inibindo o desencadeamento da síndrome. Contudo, acreditamos que a teoria

dejouriana dá conta de explicar, por meio de sua metodologia a aparente divergência apresentada em nossos dados, apesar de não termos aprofundado na investigação dos dados, acreditamos que este trabalho dá subsídios para um estudo introdutório sobre a temática.

PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO SONO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

*Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira,
Luciana Alves Ferreira*

Palavras-chave: Higiene do Sono, Psicoeducação, UBS

Uma pessoa passa, em média, um terço de sua vida dormindo. É uma necessidade humana fundamental para uma boa saúde e uma boa qualidade de vida. O sono é necessário para a conservação de uma vida saudável. A carência e/ou rotinas inadequadas de sono refletem nas atividades de aprendizado, e podem causar: diminuição da motivação e concentração, déficit de memória, sonolência diurna, alterações de humor, queda da imunidade, entre outras. Realizamos um levantamento utilizando o diário do sono e os valores e conceitos frente ao hábito de dormir de 30 pesquisados em uma Unidade de Saúde Básica da cidade de Assis/SP. A partir da análise da realidade dos pesquisados, selecionamos alguns conteúdos e atitudes, objetos da intervenção subsequente na Unidade Básica de Saúde. Os pesquisados foram convidados a participar da pesquisa através do “diário do sono”, cujos tópicos abordados foram: 1) deitou a que horas, 2) acordou durante a noite, 3) que horas conseguiu dormir, 4) quantas vezes acordou durante a noite, 5) etc. A maioria das atividades propostas no diário do sono foram alcançadas apesar das desistências no

meio da pesquisa. Acreditamos que o maior desafio é a transposição do conhecimento teórico abordado para o cotidiano dos pesquisados e na efetiva modificação de comportamentos. Faz-se necessária também, a sensibilização dos próprios educadores de saúde uma vez que o tema ainda é pouco discutido no ambiente da Unidade de Saúde.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA DO ÚNICO DE SAÚDE

Natália Moreira Machado, Jhennifer de Souza Góis, Yashmin Michelle Ribeiro de Araujo

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Regionalização

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram no Brasil como uma resposta inovadora para a crise atual do sistema de atenção à saúde. Trata-se de uma proposta recente, mas já se nota sua evolução no cotidiano dos serviços, principalmente porque a busca universal pela construção das RAS se dá devido à evidência de que essas redes representam uma saída para a crise atual dos sistemas de atenção à saúde. Além disso, as experiências de vários países mostram que as RAS melhoram os resultados tanto sanitários quanto econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Assim, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob os moldes das RAS tem sido apontada como estratégia essencial para a consolidação dos princípios do primeiro, isto é, da universalidade, da equidade e da integralidade. Este trabalho propõe refletir teoricamente sobre essa nova proposta de organização dos serviços do SUS, tendo em vista a atualidade das discussões que tomam a saúde pública como objeto. Trata-se de um estudo de cunho essencialmente bibliográfico, no qual utilizamos legislações

e autores que se debruçam sobre a temática em apreço, a fim de embasar nossas reflexões. A política de saúde no Brasil desde sua formulação tem passado por diversas mudanças. No que tange ao campo da organização dos serviços de saúde, as RAS vêm sendo implementadas com o objetivo de superar a fragmentação e a descontinuidade do cuidado em saúde. Além disso, buscam promover a integração de ações e serviços de saúde com o propósito de prover uma atenção à saúde de forma integral, contínua, humanizada e de qualidade, propondo consolidar os princípios e diretrizes do SUS. De acordo com Mendes (2011), a implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde realizada pelo SUS e também pauta a necessidade de organização de novos modelos de atenção direcionados às condições de saúde. Alguns destes modelos já foram, inclusive, experimentados com sucesso em outros países e poderiam ser adaptados de acordo com a realidade do nosso sistema de saúde. Segundo Mendes (2011), as RAS se constituem de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O conhecimento de uma população adscrita fica sob a responsabilidade da Atenção Primária. A estrutura operacional, por seu turno, é formada pelo que o autor chama de “nós das redes” e pelas “ligações materiais e imateriais” que comunicam esses diferentes “nós”. Os “nós da rede” são compostos por cinco elementos: a atenção primária à saúde (funciona como o centro de comunicação e é organizada a partir das necessidades de saúde da população); os pontos de atenção secundários e terciários (é a atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária, onde são ofertados os serviços mais especializados, mais densos tecnologicamente e mais concentrados); sistemas de apoio (são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços que são comuns a todos os pontos

de atenção); os sistemas logísticos (apoia na tecnologia de informação, buscando garantir uma organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na rede); e o sistema de governança das RAS (permite a gestão de todos os componentes das redes). Já o terceiro elemento são os modelos de atenção à saúde: o modelo de atenção às condições crônicas e o modelo de atenção às condições agudas. Nessa perspectiva e de acordo com o perfil epidemiológico da população, foram elencadas as Redes Temáticas de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha (composta por um conjunto de ações que visa prestar atendimento de qualidade e seguro às mulheres, garantindo que estas tenham o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, ao parto, abortamento e ao puerpério, garantindo ainda às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e o desenvolvimento saudável); a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência de forma ágil e oportuna. Dentre seus componentes, podemos citar o SAMU 192, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SOS Emergência etc.; a Rede de Atenção Psicossocial (referindo-se diretamente à ampliação e à qualificação do acesso a ações de tratamento e reabilitação para pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, além de indivíduos com sofrimento e/ou transtornos mentais); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (visa garantir a atenção integral às pessoas com deficiência no âmbito do SUS); a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (inicialmente, esta teve o câncer como pauta de suas ações, buscando realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas. Nesse contexto, para a implementação das RAS é necessária a

utilização de estratégias de integração, como o fortalecimento da Atenção Primária, das ações integradas em saúde, da promoção de uma gestão de trabalho e educação permanente, da implementação do planejamento integrado em saúde, da ampliação do sistema logístico em saúde, promovendo a comunicação e a efetividade do financiamento das políticas de saúde e objetivando a promoção e integração das ações e serviços de saúde com qualidade, de modo equânime e humanizado. Entendemos que a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é de suma importância para a superação da fragmentação do cuidado no SUS, pois apesar dos avanços legais alcançados por este, ainda têm-se uma desarticulação dos níveis de atenção, visibilizada no foco na cura de doenças e na cultura hospitalocêntrica. Diante desse contexto, torna-se cada vez mais evidente a necessidade do avanço tanto na organização quanto nas práticas das ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, tendo como porta de entrada prioritária a Atenção Primária, estratégia fundamental para reorientação do modelo de atenção, pois esta torna os serviços mais acessíveis e eficientes, com menos custos, já que atuam principalmente na promoção e proteção da saúde, reduzindo procedimentos mais caros. Além disso, a Atenção Primária é o centro comunicador responsável pelos problemas de saúde da população adscrita, mesmo quando esse usuário é encaminhado para outros níveis de atenção. Por fim, é importante destacar que é essencial a discussão e a reflexão sobre essa nova proposta de organização em processo de implementação, visto que as RAS surgem como uma estratégia fundamental para a organização de uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde capaz de efetivar os princípios do SUS supramencionados: universalidade do acesso, integralidade da atenção e equanimidade.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DO ENCONTRO AO APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO

Luisa Macedo Cavalcante, Lidiane Medeiros Melo, Cyntia Márcia da Silva Toledo, Emanuele Sarmiento de Vasconcelos Silva, Juliana Ferreira Lopes, Marília Gabriela Vieira Macêdo

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Trabalho em Saúde

A Residência Multiprofissional é um programa dos Ministérios da Saúde e da Educação que surgiu como investimento voltado para a inserção qualificada de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco em áreas prioritárias. Sua prática é voltada para o trabalho e para a produção de conhecimentos científicos na área de concentração, caracteriza-se como um programa de pós-graduação em serviço, com uma carga horária de 60 horas semanais (BRASIL, 2005). Sendo a Saúde da Família estratégia reestruturante do SUS, principalmente no que se refere a um modelo assistencial voltado para a atenção integral e diminuição das iniquidades sociais (BRASIL, 2012), faz-se necessário o investimento em práticas formativas que visem repensar o serviço realizado. Sousa (2014) afirma que a Estratégia de Saúde da Família desenvolve ações básicas com papel técnico e político, buscando a compreensão da sua atuação na promoção de saúde, voltado para a transformação das práticas tradicionais de saúde. O conceito ampliado de saúde deve ser o ponto de partida das práticas, promovendo a superação de um conceito biomédico, que não leva em conta os mais diversos aspectos de vida dos seus usuários. A Saúde da Família (SF) é um campo de trabalho que lida diretamente com situações altamente complexas, em relação ao modo viver das pessoas, o que

demanda uma alta utilização de tecnologias relacionais, leves (BRASIL, 2010). Faria (2009) afirma que quanto mais complexo e indeterminado, mais difícil é a reflexão sobre os processos de trabalho, que são características presentes na AB e na Saúde da Família. O que demonstra a dificuldade e ao mesmo tempo a necessidade de que os que os profissionais das áreas desenvolvam estratégias de superação destas dificuldades. Como relatam Franco e Mehry (1999), o processo de trabalho em Saúde da Família é sua grande questão, já que a produção do cuidado à saúde ocorre fundamentalmente pelos processos micropolíticos e pelas tecnologias de trabalho aplicadas. Os autores apontam à necessidade de os profissionais que compõem as equipes reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais que possibilitem a soma dos diversos conhecimentos. Para isso, é preciso que se desenvolvam processos de trabalho que fomentem esses encontros, e que permitam o compartilhar de ideias, teorias e suas execuções e práticas, com base na reflexão do trabalho realizado e ações integradas, e a necessidade do pensar, refletir, planejar avaliar ações e teorias faz com que a transdisciplinaridade seja uma forma de atuação fértil e resolutive (SEVERO e SEMINOTTI, 2010). O presente trabalho se refere a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que ocorre no nordeste brasileiro, no período entre março de 2014 até março de 2015. O objetivo deste relato de experiência é compartilhar o processo de trabalho de uma equipe de residentes, que fez do encontro ou da transdisciplinaridade seu instrumento mais potente de trabalho, a partir de uma constante coprodução dos processos, com objetivo de realizar uma prática voltada para atenção de qualidade. A partir do entendimento da importância de uma atuação transdisciplinar, a equipe construiu uma metodologia de trabalho de modo que possibilitasse o encontro, o

compartilhamento de opiniões, saberes, experiências, reflexões sobre o trabalho como um todo, englobando aspectos subjetivos, relacionais e técnicos. A equipe é composta por cinco categorias profissionais: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, inseridas em um programa composto por oito categorias, tendo também a Educação Física, a Enfermagem e a Odontologia. Realizamos práticas de promoção, prevenção e assistência à saúde, em uma comunidade vinculada a uma Unidade de Saúde da Família. Dentre as práticas de trabalho estão: territorialização; grupos de promoção à saúde, que contempla prevenção de agravos, educação em saúde, atividades culturais; atendimentos integrados, com foco prioritário em usuários com dificuldades de deslocamento até os serviços; apoio matricial; reuniões de equipe de planejamento; ações de educação permanente. Nessa trajetória, alguns elementos são destacáveis no processo de transdisciplinarização do processo de trabalho: 1) optamos por não nos dividir entre os grupos ou atividades, quando todas as profissionais são responsáveis por todas as ações, mas, para a execução criamos um método de fluxo que possibilitou que haja um repasse de responsáveis não havendo ruptura da facilitação, o que permite que todas as profissionais conhecessem todos os usuários, e aos poucos ocorra o processo de vinculação; 2) reuniões semanais com o caráter de planejamento e avaliação compartilhadas, o que também nos permite saber o que ocorre nas atividades que não estávamos presentes, e refletir em conjunto sobre o desenvolvimento dos grupos, o que nos faz aprimorar ações, criando novos projetos e buscando melhorar a qualidade do trabalho; 3) atendimentos integrados, que ocorrem com a participação de mais de uma categoria profissional, buscando um atendimento integral ao usuário e à sua família, que, muitas vezes, também é

atendida ou convidada pra participar do processo de trabalho; 4) discussão de casos e PTS, que são feitas em conjunto com toda a equipe, mesmo que uma profissional não atenda o usuário, ela participa da discussão de caso com o intuito de colaborar com sua visão; 5) matriciamento de usuários, com as estratégias sendo criadas e realizadas em equipe; 6) Educação Permanente em Saúde dentro da equipe, quando ocorre de forma institucionalizada e também em momentos diversos, quando há a problematização das práticas e também a busca por soluções concretas e resolutive. No processo buscamos fazer uma avaliação e registro das condutas, e traçamos novas abordagens. Como resultado, temos a constante busca e produção de um processo de trabalho ativo, reflexivo, problematizador, destacando o caráter permanente e não findado do processo, que se constrói à medida que ocorre e avança. Sendo compatível com os apontamentos de Merhy (1997), ao defender que o trabalho vivo em ato tem a dimensão de gerir os processos com práticas criadoras permanentes e com processos tecnológicos que enfrentem as necessidades de saúde. O que reflete, na maioria das vezes, no alcance de práticas baseadas no vínculo, na longitudinalidade, na superação de um conceito tradicional de saúde, trabalhando com o conceito ampliado, na autonomia do usuário, na promoção de saúde, contribuindo para uma prática resolutive, que busca a qualidade e a integralidade e em consonância com o processo de efetivação do SUS e da Saúde da Família. Ainda que haja dificuldades, a Residência Multiprofissional se mostra uma estratégia efetiva para a reestruturação dos processos de trabalho na saúde, sendo um espaço efetivo de encontro, de compartilhamento e de aprimoramento das práticas. Para isso, é importante que o programa seja estruturado levando em consideração estes temas, e que possibilitem a realização de práticas que vão além do aspecto técnico e

mecânico do trabalho e que superem uma prática biomédica, baseadas no conceito ampliado de saúde e que tenham sempre como objetivo à consolidação do SUS, suas diretrizes e princípios.

RISCO OCUPACIONAL EM UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA EM EMERGÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO AMAZONAS

Yara Nayá Lopes de Andrade, Gisele Torrente, Raiany Tayse Camilo Oliveira, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Risco ocupacional, Enfermagem, Atendimento de Urgência

Introdução: Estudos demonstram o risco a que estão expostos os profissionais de saúde, dentre eles destacam-se aqueles do serviço de atendimento Pré-Hospitalar (APH), estando estes profissionais expostos a muitos riscos ocupacionais. Em Manaus, o SAMU entrou em funcionamento em fevereiro de 2006 atuando em parceria com o Estado na regulação dos leitos de urgência e emergência, otimizando e disciplinando a ocupação das vagas, priorizando os casos mais graves. O serviço permite a organização e a racionalização da rede pública. O acidente ocupacional ou de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou, ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária. A legislação brasileira contempla por meio de Norma Regulamentadora relativa à Segurança do Trabalho a existência de riscos ocupacionais peculiares a cada atividade profissional. Ao considerar essas condições de alto risco ocupacional que os

profissionais de saúde (PS) da equipe de APH está submetida, este estudo tem por objetivo verificar e identificar quem mais se acidenta, como se acidenta e qual a incidência desses eventos nessa população, visando também se o profissional tem conhecimento dos riscos ocupacionais a que está submetido diariamente e se conhece a conduta pós-acidente. De posse dessas informações, os gestores do sistema ficam mais seguros no desenvolvimento de atividades preventivas, visando à melhoria na qualidade de vida e segurança profissional desses trabalhadores. Objetivo: Identificar o perfil dos acidentes ocupacionais ocorridos com os profissionais atuantes nas unidades de atendimento pré-hospitalar básico e avançado de vida. Método: Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com análise quantitativa dos dados, por meio de entrevista com instrumento contendo 12 questões que abordaram: gênero, idade, categoria profissional, tempo de atividade no SAMU, conhecimento sobre risco ocupacional, quais os principais riscos que julgam estar expostos, sofreu acidente ocupacional? Tipo de acidente (fluidos corporais, mordedura humana entre outros), usava EPI no momento do acidente? Foi comunicado a gestor? Se houve afastamento do serviço e de que forma veem o uso dos EPI's. O estudo se deu em uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Manaus, -AM. O questionário foi aplicado após o aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Por conter informações sobre seres humanos, o estudo foi submetido a aprovação e aceite do comitê de ética e pesquisa sob o nº 2011/79. O SAMU é composto por Unidades de Suporte Básico (USB), onde a equipe profissional é composta por condutor socorrista, técnico de enfermagem/auxiliar e a Unidade de Suporte avançado (USA) é composta por médico, enfermeiro e condutor. Foram

incluídos no estudo todos os servidores que atuam diretamente com paciente, com número definido pela fórmula de Barbeta (1994, p.45) com margem de erro de 5%. Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Excel. Este trabalho foi submetido e aprovado pelo CEP sob nº 2011/79. Resultados: Os principais fatores de risco identificados foram: biológico com 19,3%, seguindo dos fatores físicos com 12,9%, químicos representando 6,8%; fatores psicossociais com 12,9%; ergonômicos com 12,9%. Em relação à ocorrência de acidentes, em detrimento de causas/fatores que poderiam ser evitados temos: profissionais que já se acidentaram com sangue 74,9%, seguido de 46,9% com fluído contendo sangue; com líquido amniótico 21,5%; 2,5% com líquido ascético, líquido pleural com 1,4% e outros com percentual de 16,4%. Identificamos também que a circunstância que mais gerou exposição aos acidentes foi com materiais perfurocortantes. Os acidentes ocorrem na maioria das vezes durante o transporte desses materiais para o recipiente de descarte e por descartes em locais inapropriados. Quanto ao resultado desta variável concluiu-se que os técnicos de enfermagem são os mais acometidos por acidentes envolvendo agulhas com lúmen, agulhas sem lúmen, vidros e lâminas, enquanto os condutores são, em sua maioria, acometidos por acidentes com intracath. Em relação ao uso do EPI's, dos profissionais de nível médio participantes da pesquisa, 31 (11,1%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem, disseram estar usando os EPI's completos no momento dos acidentes, 69 (23,6%) usam de forma incompleta e 2 (0,5%) disseram não estar usando no momento do acidente. Já os enfermeiros 16 (5,7%) responderam que usam EPI completos e 33 (11,8%) usam incompletos. Quanto aos condutores 24 (8,6%) disseram estar usando os EPI's completos no momento do acidente, 60

(21,5%) disseram estar usando de forma incompleta e 15 (5,3%) não estavam usando. Na categoria superior 9 (3,2%) dos médicos disseram estar usando EPI's completos, 18 (6,4%) estavam usando de forma incompleta e 2 (0,7%) não estavam usando. Os profissionais, após sofrerem o acidente, tendiam a se afastar do local. Os principais motivos do afastamento segundo os relatos foram os exames que tiveram que realizar e a medicação tomada após os acidentes. Diante do fato foi feita a seguinte estimativa: Apenas 2 (0,7%) dos enfermeiros se afastaram após os acidentes. Os técnicos/auxiliares de enfermagem apenas 3 (1,0%) afastaram-se, 2 (0,7%) médicos e 6 (2,1%) dos condutores tiveram que se afastar do serviço. Durante a distribuição das respostas dos profissionais do serviço de atendimento médico de urgência a respeito da comunicação dos acidentes concluímos que, dos PS, 24 (8,6%) Enfermeiros responderam que informaram e 25 (8,9%) não informaram, dos Técnico/auxiliares de Enfermagem 28 (10%) informaram e 74 (26,5%) não julgaram importante. Dos médicos 15 (5,5%) comunicaram e 14 (5%) não comunicaram; dos Condutores apenas 19 informaram (6,8%) e 80 (28,7%) não comunicaram. Considerações finais: O estudo permitiu concluir que no ambiente de APH parece estar arraigado o sentimento de "naturalização" dos riscos ocupacionais, demonstrando que o profissional do serviço de atendimento médico de urgência cotidianamente convive em um ambiente insalubre ou de risco, o que pode diminuir a percepção do profissional de adotar medidas preventivas para a sua própria segurança. Constatamos que a adoção de condutas adequadas pós-exposição nem sempre está ligada ao nível de escolaridade, mas ao provável significado do evento para cada indivíduo. Identificamos que os principais fatores de risco na visão dos profissionais de saúde são: Biológicos,

físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais de acordo com os profissionais que trabalham nas ambulâncias e para os profissionais que trabalham nas lanchas foram às condições do tempo e péssima manutenção das mesmas. Consideramos necessária a estruturação de um sistema efetivo de notificação, vigilância, controle e acompanhamento rigoroso dos acidentes envolvendo material biológico incluindo os provenientes de materiais perfurocortantes, respingo em mucosas, em pele íntegra ou lesada, entre outras possibilidades. Além disso, sugerimos uma abordagem profunda na aplicação e avaliação de estratégias educativas que visem à prevenção de acidentes ocupacionais, assim como reeducação do profissional quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: A INFLUÊNCIA DO GÊNERO NA MANIFESTAÇÃO DO SOFRIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO

Luiz Carlos Brant, Marilene Barros de Melo, Priscila Lilibete Viana de Faria

Palavras-chave: saúde do trabalhador, saúde da mulher, sofrimento psíquico

A mulher observada no contexto histórico da antiguidade era vista de uma forma distinta dos homens da mesma era. Eram atribuídas, e até hoje em algumas culturas ainda é, conotações de propriedade, cidadãs de segunda categoria (ou sem cidadania), Vítima, infeliz, insatisfeita á espera de alguém que vá ampará-la, um ser de medo. Durante séculos cabia a mulher as funções de mãe, esposa e dona de casa. Com a revolução industrial muitas mulheres passaram a exercer uma atividade laboral extra domiciliar embora tendo remuneração inferior ao homem. Apesar de o trabalho apresentar melhores

condições, desde as últimas três décadas do século XX, na contemporaneidade ele vem se tornando fonte de angústia. Ainda que haja tentativas de ocultação do sofrimento, a sua manifestação geralmente está associada às dificuldades de ingresso no mercado de trabalho, ao receio da perda de cargo ou emprego, à elevada competição nas organizações e baixa autoestima. Nestes casos, o sofrimento é representado como fracasso ou debilidade emocional do próprio sujeito este último geralmente relacionado às mulheres. As manifestações de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho vêm atingindo níveis crescentes desde as três últimas décadas do século passado em decorrência das transformações que o modo de produção capitalista vem sofrendo. Estudos evidenciam que a existência do sofrimento é maior entre as mulheres atribuindo este sofrimento aos diferentes papéis sociais, culturais e às diferentes posições em relação ao desejo que ocorrem entre homens e mulheres. Este estudo buscou situar o problema, levantar dados e questões relacionadas à articulação do sofrimento mental causado pelo trabalho e gênero, de modo a contribuir para a discussão sobre os desafios na definição de políticas voltadas para a melhoria das condições de trabalho e de saúde da mulher. Metodologicamente, recorreremos às seguintes fontes: Banco de Dissertações e Teses, Ministério da Previdência Social; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o site SciELO. A seleção do material se fez pelos títulos, resumos e palavras chave e leitura na íntegra de artigos, teses, dissertações, capítulos e/ou livros, As doenças mentais são responsáveis por cinco das dez principais causas de afastamento do trabalho no Brasil segundo dados do Ministério da Previdência Social. Esses dados apontam que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em número de

concessões de auxílio-doença e não vêm acompanhando a tendência de queda no número de acidentes de trabalho no Brasil. Pelo contrário, de 2008 para 2009, o número de afastamentos do trabalho em decorrência de transtornos mentais e comportamentais subiu de 12.818 para 13.478. Em 2010, esse número teve uma queda, passando para 12.150. No entanto, voltou a subir em 2011, passando para 12.337, em 2012 o número de casos deu um salto totalizando 38.530 casos; em 2013 seguiu a tendência de crescimento totalizando 42.975 casos; em 2014 foram 43.316 casos e até junho de 2015 os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (CID F40-F48) A manifestação de maior sofrimento entre as mulheres pode trazer significativas contribuições para que se compreenda a participação feminina no mercado de trabalho como um todo e no exercício da função gerencial em particular, trazendo para discussão a relação trabalho, ocupação de cargo de poder nas organizações e gênero. Essa análise permitiu perceber a dimensão das desigualdades produzidas por diferenças sexuais no exercício de atividades laborais e representa claramente os lugares socialmente representados como masculinos: o alto comando, o locus máximo do poder, e o chão-de-fábrica, representado como lugar de “peão”, do macho de difícil comando que portanto, precisa de um outro homem para gerenciá-los. É preciso questionar em que se difere e quais são as especificidades do sofrimento feminino no contexto da reestruturação produtiva. As organizações projetam as qualidades da figura do gerente que deve ser adaptável, flexível e, se necessário, geograficamente móvel, porém essas “qualidades” evidenciam o quanto a mulher é preterida na função de gerência, tendo em vista que a ela é geralmente incumbida a função de cuidar/educar os filhos o que não a permite ser geograficamente móvel. Mesmo diante

de uma sociedade que sustenta o discurso da igualdade entre homens e mulheres no que diz respeito à educação dos filhos e administração do lar, do ponto de vista da estrutura subjetiva, a mulher ainda se coloca como responsável. Vive uma culpa, por mais que tente amenizar a situação com racionalidades múltiplas. Deste ponto de vista, mesmo que as mulheres tenham acesso a posições mais privilegiadas do que aquelas do taylorismo ou do fordismo, as novas condições do mercado de trabalho ainda as tratam a partir do lugar reservado às minorias. Constatamos que de forma diferenciada do homem, a inserção feminina no mercado de trabalho é atravessada por suas responsabilidades domésticas e familiares, obrigando-a, muitas vezes, a adaptar o seu cargo às suas funções de mãe, esposa, filha e irmã. A manifestação do sofrimento associado ao exercício laboral, maior entre as mulheres, pode ser interpretado como fator positivo, desde que se leve em consideração os seguintes aspectos: 1) o trabalho institucionalizado protege as mulheres do isolamento social, da monotonia e do baixo status do trabalho doméstico; 2) este mesmo trabalho institucionalizado pode ser causa de conflito, de culpa e de sobrecarga de papéis pelas demandas simultâneas da atividade remunerada e do trabalho doméstico levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos. Concluímos que, apesar do sofrimento mental relacionado às atividades laborais estar presente em ambos os gêneros, a causa do sofrimento da mulher se difere por estar associado a questões culturais e sociais relacionadas a atividades que se entendem como pertencentes ao sexo feminino. As mulheres se deparam com as velhas e novas formas de discriminação. Além das diferenças salariais, há os obstáculos de acesso aos cargos mais elevados e qualificados do ponto de vista da valorização do trabalho e/ou cargos de

chefia, onde estão presentes a concentração do poder e os melhores salários. É necessária ainda uma profunda reflexão sobre o papel das mulheres no contexto organizacional e sobre as condições laborais diferenciadas que estas são submetidas, que as expõe a tratamento e remuneração inferiores e as desabonam unicamente por relações de gênero.

SAÚDE PRISIONAL: UMA REFLEXÃO SOBRE O DIREITO DE UMA POPULAÇÃO ESQUECIDA

João Paulo Teixeira Silva, Letícia Marina Araújo Medeiros

Palavras-chave: Saúde Prisional, Direito à Saúde, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: O direito à saúde da população em privação de liberdade foi normatizado na legislação brasileira pela Lei de Execução Penal (LEP) n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei esta que dispõe sobre as condições de integrar o condenado na sociedade e a sua assistência à saúde; que assim como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) é direito das pessoas, inclusive das privadas de liberdade. A norma legal determina que o acesso aos serviços de saúde de unidade prisional equipada ocorrerá mediante autorização da direção do estabelecimento. Caso a unidade penal não esteja aparelhada para prover a assistência médica necessária, ela deve encontrar alternativas para que todas as necessidades de saúde de seu interno sejam supridas, consoante prevê o § 2º, do artigo 14º. Com o intuito de reforçar o direito desses cidadãos à saúde foi instituído, em setembro de 2003, pela Portaria Interministerial no 1.777, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este plano tem por finalidade organizar a atenção básica de saúde, de caráter preventivo ou curativo,

seja por meio de atendimento médico ou de ações educativas, em suas unidades prisionais, garantindo atendimento da população penitenciária nos serviços do SUS para todas as pessoas, homens e mulheres que se encontram recolhidos em presídios, penitenciárias, colônias penais agrícolas ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. No dia 2 de janeiro do ano de 2014, o PNSSP fundamentou a instituição a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, a qual está consolidada, baseando-se em princípios e diretrizes gerais de caráter estratégico ou gerencial. No entanto, por mais que esse seja um assunto interministerial ainda tratava-se de uma questão de interesse e responsabilidade das políticas de segurança pública que nem sempre esteve em pauta como prioridades desse campo. Com isso, objetivou-se proporcionar uma reflexão sobre o cumprimento do direito ao acesso à saúde da população carcerária e discutir formas de implementar a política vigente. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de revisão, de caráter bibliográfico, descritivo, qualitativo e exploratório, com enfoque reflexivo sobre a acessibilidade da população privada de liberdade ao Sistema Único de Saúde. Para esta reflexão, tomaram-se por base a legislação vigente no tocante as Políticas de Saúde brasileiras e a Lei de Execução Penal, além de todas as normas e portarias que tratam do assunto, no intuito de adquirir maior aprofundamento e aproximação com este. **RESULTADOS:** Estudos ICPS (Centro Internacional para Estudos Prisionais, na sigla em inglês) comprovam que o Brasil é o país que possui a maior população carcerária da América Latina. Esse cenário favorece as precárias condições existentes em quaisquer tipos de assistência, desde condições inapropriadas para receber e custodiar os apenados até mesmo situações

que expõe a saúde do indivíduo e que podem levar à morte. Unido a isso, a constante violência somada ao uso indiscriminado de drogas colaboram para a vulnerabilidade do presidiário, que por estar em cárcere torna-se mais exposto ao risco. Ademais, estudos demonstram que essa população frequentemente é vítima de doenças infectocontagiosas, que poderiam ser prevenidas e reduzidas de maneira simples e barata por meio da atuação de equipes multiprofissionais como as da Estratégia de Saúde da Família. Deste modo, tornam-se visíveis as dificuldades metodológicas e operacionais para implantação efetiva de atividades das unidades de saúde nas instituições prisionais. A alta demanda, o baixo financiamento e a falta de interesse e incentivo para os profissionais atuarem nesta área só corroboram para a perpetuação e agravamento deste problema. A falta de comprometimento por parte da gestão e dos profissionais com a universalidade da assistência, entendendo o seu dever em prover um cuidado de qualidade e pautada nas diretrizes traçadas pela PNAISP contribui de maneira importante para o atual cenário que presenciado. A inexistência de iniciativas visando capacitar e motivar os atores envolvidos nesse processo também pode ser indicada como uma falha. Martins (2014) cita, em seu estudo, que o direito à saúde pode ser empregado, quando da reivindicação, como um direito individual privilegiando a liberdade para escolher o tipo de relação que a pessoa terá com o território, o tipo de vida que quer viver, o tipo de tratamento a que será submetida. Mas, como apontam Diuana e colaboradores (2008), aos presos é negada a condição de paciente, uma vez que estão submetidos à ordem: para ter acesso aos serviços de saúde é preciso que os detentos se submetam aos valores hierárquicos e às relações de dívida e gratidão, isto é, os direitos são considerados como existentes para os que possuem um “comportamento adequado”.

Corroborando com o exposto Jesus (2013) relata que problematizar concepções de saúde, de cuidado, de violência nos espaços prisionais coloca em questão a necessidade de discutir o modelo vigente e o contexto histórico e social que sustenta tais preceitos. A partir disso, é necessário lembrar que as prisões como instituições totais exercem uma condição que se afasta dos preceitos de cidadania e direitos legitimados pela sociedade, e vêm cumprir o papel de retirar do sujeito sua autonomia, liberdade de ação e capacidade de decisão, pelas normas locais. Todo esse descaso do Estado em relação ao direito à saúde das pessoas presas, evidenciado, sobretudo, pela ausência de iniciativas ou ainda de um planejamento, pode ser justificado pela função disciplinar da prisão. Isto é, a não contemplação do apenado ao seu direito à saúde, subconscientemente é entendido como mais uma maneira de punir, castigar o preso, além da sentença determinada pelo juiz. As precárias condições de trabalho, principalmente dos profissionais de saúde, e o julgamento moral sobre a conduta do preso indicam uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destarte, por mais que as leis e políticas brasileiras afirmem a saúde como direito de todos e dever do Estado, evidencia-se a não realização desse direito tanto para a população carcerária como para os poucos técnicos em saúde que atuam nas unidades de detenção. A precariedade da assistência de saúde ao presidiário se faz presente desde a estrutura física (falta de recursos financeiros para manutenção, implantação ou ampliação do aparato necessária), até a disponibilidade e interesse de profissionais em saúde, que consideram, discriminadamente, o sistema como setor de alta periculosidade com constante risco de insurreições. A intransigência com a saúde de tal população contraria a universalidade do acesso, a equidade e integralidade do cuidado.

Ocorrendo desta maneira superlotação de hospitais por agravos, visto que no sistema não é trabalhado a prevenção e proteção de doenças, surtos de patologias virais e consequentemente óbitos numerosos de uma população marginalizada e esquecida. Desta forma recomenda-se a partir desse estudo que a PNAISP seja pauta de discussão no que se refere ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Ademais, sugere-se que esta temática seja abordada na formação dos profissionais de saúde, dando maior atenção à ética e bioética no cuidado, a fim de superar os estigmas e preconceitos que envolvem a população privada de liberdade.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE COMUNIDADES COMO ESTRATÉGIA PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Lídia Viegas Tenório da Silva, Larissa de Azevedo Cáceres, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional, Promoção e Assistência à Saúde, Hábitos Alimentares

APRESENTAÇÃO: Identificar a situação nutricional da população possibilita a implementação de ações e programas específicos visando a Promoção e a Assistência à Saúde a partir da realidade vivenciada. Neste contexto tem-se a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), definida pela Lei nº 11.346/2006 como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e

socialmente sustentáveis”. O consumo alimentar saudável, entre outras características, pode ser compreendido como a ingestão alimentar diária equilibrada, composta por cereais, leguminosas, carnes, laticínios, frutas, verduras e legumes. Em um dos extremos, a ingestão alimentar excessiva, caracterizada por alimentos com conteúdo de energia elevado, principalmente decorrente de gordura e açúcar simples, e reduzido nos demais nutrientes (vitaminas, minerais e fibras), contribui para alterações desfavoráveis do estado nutricional, sendo o sobrepeso e a obesidade as condições mais prevalentes, estabelecendo assim um risco maior também para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias. Outro fator determinante do consumo alimentar, em quantidade e qualidade dos alimentos, é a renda familiar. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar a situação de (In) Segurança Alimentar e caracterizar a amostra em relação aos hábitos alimentares, indicadores antropométricos e econômicos. **DESENVOLVIMENTO:** Este estudo foi realizado com mães de crianças matriculadas em um Centro de Educação Infantil localizado em Campo Grande (Mato Grosso do Sul). As mães, por assumirem a responsabilidade pela alimentação da família, foram escolhidas como público-alvo da pesquisa. Foram convidadas a integrarem o estudo todas as mães com idade a partir de 18 anos que não estivessem gestantes. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. As variáveis investigadas foram: SAN, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); hábitos alimentares, a partir de questões adaptadas da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2013), contendo 18

questões; indicadores do estado nutricional (Índice de Massa Corporal e Circunferência da Cintura) e classificação econômica (Critério Brasil, Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, 2014). **RESULTADOS:** A amostra final foi constituída por 61 mulheres (41,8% da população de estudo), com idade média de 30,1 anos. Os resultados preliminares deste estudo possibilitam a caracterização do grupo estudado em relação às principais variáveis investigadas. Desta forma, em relação a SAN, 47,5% dos domicílios estavam em SAN, 41% em Insegurança Alimentar Leve, 9,8% em Insegurança Alimentar Moderada e 1,6% em Insegurança Alimentar Grave. Considerando a Insegurança Alimentar Leve um dos maiores percentuais de respostas na EBIA, 36,1%, foi obtido para a questão que avalia a diminuição dos recursos financeiros para uma alimentação saudável e variada. As principais constatações a partir das questões relacionadas aos hábitos alimentares foram: o consumo de feijão com frequência de 5 a 6 dias na semana foi observado na maioria das residências (50,9%); a maior frequência de respostas para o consumo de legume ou verdura cru foi na periodicidade de 3 a 4 dias da semana (32,8%), sendo que apenas 13,1% afirmaram a ingestão diária; a ingestão de frutas para 39,4% das entrevistadas apresentou consumo de 1 a 2 dias na semana, e somente 8,2% consomem diariamente alimentos deste grupo e 46% das mães afirmaram a ingestão diária de carne vermelha. O consumo de refrigerantes e sucos artificiais com frequência de 5 a 6 dias na semana foi registrado em 24,6% das respostas. Quanto ao consumo de leite, 16,4% respondeu que nunca toma leite e apenas 14,8% das mulheres relataram ingestão diária. O uso de produtos com elevado teor de açúcar também foi avaliado e 26,2% das mães afirmaram a ingestão de doces em 3 a 4 dias na semana. A investigação do estado

nutricional das mães apontou 44,3% em eutrofia, 31,1% com sobrepeso e 19,7% com obesidade. A análise da circunferência da cintura indicou que 44,3% das mulheres foram classificadas como adequadas. Porém, 26,2% apresentavam risco elevado e 29,5%, muito elevado, tendo em vista sua relação com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em relação à classe econômica, as maiores frequências foram para as classes C1 e C2, sendo 47,5% e 22,9%, respectivamente, cujos valores da renda média bruta familiar equivaliam a 1865 e 1277 reais por mês. Para a escolaridade, 21,3% relataram ensino médio incompleto e, 32,7%, ensino médio completo. O estudo também analisou a responsabilidade pelas escolhas alimentares da família. A maioria das mães (81,7%) consideraram-se responsáveis pelas opções alimentares das crianças e dos demais familiares do domicílio, ressaltando seu papel relevante no cuidado referente à alimentação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste estudo, embora quase a metade da amostra tenha sido classificada em SAN, ainda existem situações de Insegurança Alimentar, o que denota preocupação e/ou vulnerabilidade concernente à alimentação, em quantidade e qualidade adequada. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2013, revelou que 22,5% dos domicílios brasileiros tinham algum grau de Insegurança Alimentar. Na região Centro-Oeste foi constatado 18,2% de domicílios nesta condição. Neste estudo, 52,4% apresentaram algum grau de Insegurança Alimentar. A Pesquisa investigou também as atitudes das famílias com Insegurança Alimentar em situações de falta de alimento, dentre as respostas citadas, estava o menor consumo de frutas e verduras. A análise do consumo alimentar salientou, principalmente, a inadequação destes alimentos. Resultado preocupante, pois a Organização Mundial da Saúde recomenda

a ingestão diária mínima de quatrocentos gramas (cinco porções) de vegetais. Esta prática alimentar, conforme estimativas da OMS, pode contribuir para a diminuição de cerca de 2,7 milhões de mortes no mundo todos os anos. A Agência Nacional de Pesquisa sobre o Câncer, desde meados da década passada, já afirmava que 20 a 30% dos cânceres do trato gastrointestinal e até 12% dos outros tipos de câncer poderiam ser evitados com o consumo adequado de vegetais. O conjunto de hábitos alimentares inadequados pode relacionar-se ao desenvolvimento de doenças que apresentam o excesso de gordura corporal como fator desencadeador, condição já constatada neste estudo por meio da frequência de mulheres com excesso de peso e circunferência da cintura elevada. Considerando as demais variáveis deste estudo, especula-se o quanto a renda mensal pode estar associada às inadequações alimentares da família, sendo que poder aquisitivo menor poderia ser determinante nas condutas alimentares inapropriadas. Contudo, sugere-se que estratégias de Educação Alimentar e Nutricional poderiam integrar políticas públicas direcionadas à Promoção e Assistência à Saúde de maneira sistemática, contínua e adaptada a cada realidade. A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura afirma que um dos maiores desafios do setor é a conscientização das pessoas sobre os benefícios do consumo de frutas e verduras. A estreita relação da mãe/mulher com as escolhas alimentares da família pode representar uma possibilidade de cuidado com a saúde com repercussões importantes, especialmente ao considerarmos que hábitos alimentares adquiridos na infância podem perdurar ao longo da vida e ainda com mudanças positivas para toda a família. Independente da condição de SAN ou não, estratégias de Educação em Saúde e

Nutricional poderão contribuir positivamente para o estado nutricional e para um padrão alimentar pautado por escolhas alimentares adequadas.

SEM LENÇO E SEM DOCUMENTO: A VIDA NAS RUAS DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS

Márcia Rebeca Rocha de Souza, Jeane Freitas de Oliveira, Mariana Cavalcante G. Chagas, Raquel Miguel Rodrigues

Palavras-chave: Gênero, Violência, Drogas, Saúde da Mulher

APRESENTAÇÃO: Este trabalho pretende discutir situações vivenciadas por mulheres em situação de rua que fazem uso abusivo de drogas. Para a maioria das pessoas a rua é um lugar público, é uma extensão que liga lugares para onde as pessoas se deslocam. É um espaço temporário, um local de passagem, que é de todos e é de ninguém. Quando a reflexão faz lembrar as pessoas que vivem nas ruas, o substantivo ninguém, não perde lugar, pois são os “joão-ninguém” e as “maria-qualquer” que habitam esses locais. Quando se fala de pessoas em situação de rua cabe ressaltar que existem diferenças marcantes do impacto de se viver na rua para homens e mulheres pelas complexas relações de gênero que se estabelecem socialmente. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2012, através de entrevistas semiestruturadas com sete mulheres usuárias de drogas atendidas em um CAPSad de Salvador. Este estudo está em conformidade com todas as exigências éticas e situa-se no âmbito do projeto intitulado “Vulnerabilidades de Mulheres Envolvidas com Álcool e outras Drogas”, financiado pelo CNPq, sendo também recorte de uma dissertação de

mestrado. **RESULTADOS:** Os relatos das entrevistadas apontaram situações diversas que demonstram a complexidade da vida nas ruas, com condições diferenciadas de vulnerabilidade impostas para homens e mulheres pela relação de poder desigual entre os sexos. Quando a condição de estar na rua se soma ao gênero feminino, que se soma à condição de usuária de drogas, tem-se uma situação complexa, de difícil intervenção e manejo. Ser usuária de drogas significa carregar marcas sociais, estigmas que reduzem a pessoa a esse status, conforme mostra a fala abaixo. “As pessoas falam: ali! Lá vai a cachaceira beber, ali! Eles falam o xingamento pra mim não pro lado da droga, é mais pro lado da cachaça porque eles sempre me vêem mais “bêba” do que com os zoião de crack “(Florzinha). Na fala acima a entrevistada considera o estigma de usuária de álcool menos danoso, já que esta é uma droga com aceitação social, apesar de o uso abusivo ser condenado. Para as entrevistadas, os danos gerados pelo uso de drogas estão mais relacionados com sua condição de ilicitude e estigmas sociais do que com os efeitos propriamente ditos, conforme trecho abaixo. “E eu perdi a sociedade das pessoas, porque quase ninguém confia em quem é usuário assim, né? Quem usa crack pra eles é ladrão, é prostituta e nem sempre é assim, né? Eu não me acho uma pessoa má porque eu uso droga” (Florzinha). Estar na rua significa se expor. Não é possível disfarçar uma relação de uso abusivo de álcool, como seria para alguém com privacidade garantida em uma residência. Uma vez tendo sua vida e sua intimidade exposta na rua, com uma lógica de organização pessoal e social peculiar, pressupõe-se a complexidade e singularidade da atenção à saúde da população em situação de rua, em especial das mulheres. Os serviços de saúde que prestam assistência às mulheres em situação de rua poderiam acompanhar

de forma mais próxima suas usuárias, seguir seus passos, conhecer onde dormem, como comem e com quem se relacionam, como se as usuárias pudessem ser suas “guias” para a construção de possibilidades terapêuticas. Quando se fala de mulher usuária de drogas, por exemplo, que esteja em situação de rua e com comorbidade psiquiátrica e necessidade de uso de medicação, a equipe de saúde que a assiste, muitas vezes, é capturada pela prática da medicalização do sofrimento dessa mulher. Caso a equipe não tenha um olhar ampliado sobre o caso, não faça uma escuta sensível, poderá gerar graves prejuízos ao invés de construir cuidado, como no caso em que ocorre violência sexual, explicitado no trecho abaixo. “Aproveitador! Porque uma pessoa que tá vendo uma mulher bêba, e fica querendo encarnar demais, se não for pra roubar é pra se aproveitar. Eu já fui muito roubada assim... Aproveitar... vai dormir na rua...”bêeeba”... aí na hora que você dorme, ele vai ali, dali já quer se aproveitar na rua mesmo”(Ninha). O álcool sendo uma substância depressora tem efeitos semelhantes a diversos medicamentos usados para tratamento de transtornos mentais. Segundo as entrevistadas, as mulheres em situação de rua, sem companheiro e sob efeito de substâncias depressoras como o álcool e/ou medicamentos tem maior risco de sofrer violência física e sexual. As mulheres trazem consigo as histórias que as formaram, que as instrumentalizaram e ensinaram como se relacionar. Muitas vezes o projeto de abandonar as ruas se reproduz como um abandono de si mesma, marcando sucessão de tragédias, e seguindo por um caminho que parece ter a morte como certeza iminente. A fala destacada abaixo aponta um adiamento da morte que, no caso dessa participante, se concretiza dois dias depois da realização da entrevista. “O carro matou ele bebo, atropelado... Eu também já fui atropelada

um bocado de vez...Um bocado de vez depois que meu pai morreu. Mas não morri ainda, essas cicatrizes aqui no meu rosto foi tudo atropelo”(Ninha). A funcionalidade das drogas para quem mora nas ruas configura mais um ponto importante a ser destacado, principalmente no que se refere ao crack, que foi mencionado como substância de abuso por todas as participantes. Sendo uma substância estimulante, capaz de produzir respostas às demandas de quem está na rua, o crack deixa a pessoa em alerta e por isso se constitui numa droga funcional para quem está em situação de rua, sobretudo para as mulheres. “Pra mim o crack era melhor porque me deixava na ativa, na atividade! Vendo alucinações. E a maconha já me deixava lerda, querendo dormir, aí eu larguei a maconha! O crack deixa a pessoa em acesa, pronta para reagir. O povo aqui usa o álcool para tirar a dor, dar alegria e dar coragem para falar o que quiser e quando eu bebo na intenção de alguém, ah! Falo um bocado, falo tudo que eu não tenho coragem de falar pros outros, maltrato as pessoas. Você bem sabe, né? O tanto de coisa que já falei pra você...você bem sabe! (sorri)” (Florzinha). A vida nas ruas é uma vida de incertezas e paradoxal. Ao mesmo tempo em que se confluem sentimentos de liberdade, é permeada por sentimentos de aprisionamento, de vulnerabilidade, de falta de perspectivas. O lugar das pessoas que vivem nas ruas é sempre de um “não lugar” na sociedade, ora de marginalização e de destituição dos direitos de cidadania, ora de exercício da produção da vida, mesmo no sofrimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo apresenta algumas cenas que podem ilustrar parte da complexidade da vida de mulheres usuárias de drogas em situação de rua. A construção de uma rede de serviços formais e a “capacitação” de profissionais de saúde parece não ser suficiente para o enfrentamento das questões colocadas. Mesmo sendo fundamental o processo

permanente de educação nos serviços de saúde, os desafios colocados ultrapassam os “avanços” dos saberes técnicos estruturados. Talvez essa capacidade de produção de um “não lugar” num lugar, para além do uso abusivo das drogas, possa nos mobilizar a repensar nossas práticas diante da nossa vida e, principalmente, diante da vida do outro.

SIMULAÇÃO DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER COMO ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO DO CUIDADO

Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira, Isabela P. Tomilheiro

Palavras-chave: Alzheimer, Simulador virtual, Promoção à Saúde

Ao longo dos anos a população mundial, cada vez mais, vem envelhecendo e as doenças crônicas degenerativas ocupam 1^o lugar, causadores de demência como a de Alzheimer (DA) sendo a causa mais frequente de demência no idoso e sua prevalência aumenta espontaneamente entre 65 a 95 anos. Trata-se de um estudo com abordagem clínico experimental onde foi realizado um simulador virtual de baixa fidelidade sobre a Demência de Alzheimer. Este projeto foi submetido ao CEP da Unesp de Assis, conforme a resolução n^o 466 de 12 de dezembro de 2012. Teve como objetivo principal promover a sensibilização dos voluntários diante a D.A. Promover a reflexão sobre o impacto dos efeitos das alterações fisiopatológicas dos portadores de Demência de Alzheimer na realização de atividades de vida diária através da Simulação; Promover a sensibilização dos voluntários submetidos, estimulando a promoção dos valores de igualdade, cidadania e dignidade de vida humana; Avaliar reações dos participantes da pesquisa relacionadas ao estigma e empatia antes e após o Simulador Virtual

de Demência; Identificar as reações comuns pelos voluntários do Simulador de Virtual de Demência; O principal resultado diante a simulação foram as dificuldades dos voluntários de realizar as atividades propostas como: Pegar o copo da mesa e colocar a água quente dentro do mesmo e deambular até encontrar um local para sentar-se; pegar as moedas do chão, identificar o valor das mesmas e colocá-las no cofre em cima da mesa; pegar algum objeto no ambiente e identificar a sua textura, cor e funcionalidade; Pegar uma camiseta branca que se encontra no ambiente e coloca-la no cabide do lado correto (sem ser do avesso); Realizar a organização da cama e sentar-se na cadeira em seguida. Após a participação dos voluntários, foi apresentado um questionário fechado, para que os participantes referissem quais eram os apontamentos em relação ao procedimento proposto. “Qual foi a sensação participar dessa simulação? Sentiu alguma dificuldade? Qual? Você possuía algum conhecimento acerca das alterações que a Demência de Alzheimer poderia provocar na atividade de vida diária do paciente? Essa experiência contribuiu de forma significativa para você? Como?” Os resultados mais apontados foram às dificuldades apresentada pelos participantes em relação a sentidos auditivos e visual, onde relataram diante a simulação ter a sensação do que vive um portador de Alzheimer no dia a dia. Salientando que a maioria dos participantes demonstrou falta de conhecimento perante a doença.

SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FATOR TRABALHO COMO PRODUTOR DE SAÚDE/DOENÇA

Francisco Wagner Pereira Menezes

Palavras-chave: Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Síndrome de Burnout

APRESENTAÇÃO: A partir da evolução do conceito de saúde, considerado atualmente como um estado de completo bem-estar, inserem-se como fatores relevantes na construção da saúde dos indivíduos diversos pontos de sua vida, conceituados como determinantes sociais da saúde (DSS), que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, sendo a ocupação/trabalho do indivíduo fator relevante na produção de sua saúde. Nesse contexto, surge a atuação do enfermeiro na atenção básica, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como serviço que incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como meta ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico. Como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Portanto, os trabalhadores inseridos nesse modelo de atenção à saúde ficam expostos à realidade destas comunidades nas quais, muitas vezes, os recursos são escassos para atender às complexas demandas com as quais se deparam. Somam-se a isto, algumas falhas na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e afetam a resolutividade das ações. Passos geradores de frustração, estresse e tensão, implicando diretamente no seu nível de saúde e qualidade de vida. Surgem, então, neste ínterim, adoecimentos físicos e/ou psicológicos, apresentando-se a síndrome de burnout como um deles, considerando-se que decorre de altos níveis de tensão e desgaste no trabalho, os quais, por sua vez, conduzem a inadequadas atitudes de enfrentamento das situações de conflito. A Síndrome de

Burnout (SB) foi descrita pela primeira vez como sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos, descrevendo-se como um “incêndio interno” resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho. O desenvolvimento dessa síndrome decorre de um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhado de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho. Objetivou-se identificar a frequência de casos de SB e relacionar os determinantes sociais com suas dimensões em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Maracanaú, Ceará. METODOLOGIA: Tratou-se de um estudo de associação, realizado com 40 enfermeiros. Os dados foram coletados em 2011, utilizando o instrumento de avaliação MBI. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, sob protocolo de nº 10724916-2, tendo sido realizados os procedimentos éticos conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sobre as dimensões MBI (cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal), foram classificadas em níveis baixo, médio e alto. Os participantes mostraram percentagens significativas dos critérios que corroboram positivamente para a inclusão dos enfermeiros do estudo no quadro clínico da Síndrome de Burnout. Um quarto (22,5%) apresentou níveis altos de cansaço emocional, mais de um terço (37,5%) níveis altos de despersonalização e apenas 2,5% os níveis baixos de realização pessoal, o que revela que os profissionais sentem-se realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente e experimentam sentimentos de distanciamento afetivo de seus clientes, com médias de 21,4 (+5,8), 8,9 (+3,1) e 33,1 (+4,2), respectivamente. Em relação ao tempo de atuação na profissão, aqueles com < 5 anos

apresentaram níveis baixo de cansaço emocional, médio de despersonalização e alto em realização profissional (25%, 30% e 32,5% respectivamente), enquanto que os que possuíam > 5 anos, tiveram níveis médios de cansaço emocional (17,5%), médio e alto de despersonalização (15%) e alto de realização profissional (20%). RESULTADOS: Os resultados obtidos nessa pesquisa identificam nas três dimensões do Burnout, prevalência de níveis médios de cansaço emocional e despersonalização, e níveis altos de realização pessoal. De acordo com o estudo, jovens e pessoas com maior tempo de atuação são mais suscetíveis ao desenvolvimento da SB. Dentre as três dimensões, a baixa realização pessoal foi a menos observada nos enfermeiros do estudo, a maioria dos participantes 52,5 % da amostra apresentaram níveis altos de realização pessoal, ou seja, níveis baixos de insatisfação pessoal. Esse resultado expõe a satisfação dos profissionais enfermeiros, apesar das dificuldades do cotidiano dos serviços. A possibilidade de ajudar o próximo é referência constante. Em relação à prevalência da Síndrome de Burnout (de acordo com os critérios de Grunfeld), obtivemos um resultado bastante relevante de que 52,5% dos enfermeiros apresentavam a síndrome. O estudo reafirma as evidências que confirmam o trabalho em más condições como importante determinante social de saúde, influenciando aqui negativamente sobre os profissionais enfermeiros da ESF do município de Maracanaú. Dessa forma, observou-se influência do trabalho sobre a qualidade de vida e saúde do grupo pesquisado, de modo que os níveis das dimensões do MBI mostraram profissionais realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente e experimentado sentimentos de distanciamento afetivo de seus pacientes. Foi encontrada uma frequência elevada de casos de SB (52,5%) e, embora não tenha havido associação entre os determinantes sociais e as dimensões

da SB, verificou-se que estão presentes em maior frequência nos grupos das dimensões de maior fragilidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante dos resultados encontrados, urge em nossa realidade a necessidade de criar estratégias de maior valorização e cuidado para com os enfermeiros e outros profissionais da saúde, quem sabe assim o ambiente de trabalho possa, finalmente, ser um lugar de conforto e de cuidado tanto para aquele que busca o acolhimento humano para o seu padecer, quanto para aquele que acolhe o padecimento, já que, como vimos, os dois polos dessa relação parecem enfraquecidos por aquele lugar que se intitula serviço de saúde. Os casos de SB encontrados nesse grupo de profissionais podem ser considerados altos, sendo necessárias medidas de controle dos fatores geradores dos sinais e sintomas e a luta pela valorização profissional e melhoria das condições de trabalho por parte da própria classe e dos gestores. Além disso, e agindo de modo mais local, a identificação e o controle dos fatores geradores dos sinais/sintomas apresentados pelos trabalhadores pesquisados podem contribuir na promoção da sua saúde individual, da saúde do grupo de trabalhadores de enfermagem (sujeitos às mesmas condições de trabalho) e na melhoria da qualidade dos serviços prestados. O trabalho fornece subsídios à caminhada rumo a uma prática de enfermagem segura para os seus trabalhadores.

SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE VOLTADA PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Lirys Figueiredo Cedro, Ândrea Cardoso de Souza, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Assistência, Saúde, cuidado

A realização deste estudo deve-se à questão da necessidade de se construir redes de atenção conforme o percurso do usuário e não o contrário. Apesar de existirem vários serviços na rede de saúde, o grande problema é a falta de integração e os diálogos – institucional e interinstitucionais – que dificultam o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. A escolha dessa temática deve-se a minha trajetória na área de saúde mental desde a graduação: quando fui acadêmico bolsista do Programa de Estágio Integrado em Saúde Mental no CAPS II Ernesto Nazaré, momento em que pude cuidar de alguns pacientes que apresentavam problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. Mesmo não sendo um CAPS AD, havia usuários que apresentavam além da psicose, a comorbidade do uso abusivo de drogas de modo que para obtê-la faziam de tudo, inclusive trocar os próprios eletrodomésticos pela droga, dentre outras coisas; seguido da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - UFRJ-IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria - UFRJ-IPUB (2011-2013) - em que tive uma experiência com usuários de álcool e outras drogas do PROJAD. Projeto de álcool e drogas. Esses serviços extra-hospitalares têm o papel de contribuir para assegurar os direitos e proteção voltada para usuários do âmbito da saúde mental, inclusive os usuários de álcool e outras drogas, mas essa atuação no território é muito recente, apesar da luta intensa por transformações no campo da saúde mental há mais de vinte anos. A rede de atenção sobre drogas pode ser entendida como uma rede de assistência centrada na atenção comunitária atrelada à rede de serviços de saúde e sociais que tenha ênfase na atenção e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados à pessoas que apresentem problemas devido ao uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em serviços extra-hospitalares de atenção

psicossocial. (COSTA, 2015). Conforme Abrahão (2013), a rede pública de serviços de saúde de Niterói compromete-se com o pacto pela vida, reconhecendo a parceria estabelecida com a Universidade Federal Fluminense - UFF. Neste sentido, a atuação em redes de atenção à saúde, orienta a organização do cuidado à saúde e forma o profissional. Optamos por realizar uma pesquisa a respeito da rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Objetivo: Identificar o que facilita o acesso e o atendimento integral destes mesmos usuários aos serviços, bem como o que dificulta. É relevante afirmar que facilitar este acesso aos usuários de álcool e outras drogas é uma forma de cuidado. Sendo assim, consideramos ampliar o acesso aos usuários de álcool e outras drogas por meio de redes é uma forma de cuidado. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo intervenção. A intervenção está relacionada ao desenvolvimento e/ou utilização de analisadores, conceito-ferramenta formulado na trajetória do institucionalismo francês, são catalizadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e fazendo a análise. O conceito de instituição também sofre mudanças, não se identificando com o de estabelecimento, ganhando um sentido dinâmico, já que remete a um processo de produção constante de novos modos de existir, de configuração das práticas sociais (Rodrigues, 1993, Barros, 1994). A análise das implicações com as instituições em jogo nas situações não permite a neutralidade do analista/pesquisador, rompendo com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido (AGUIAR, 2003). Este projeto de pesquisa está inserido na linha de pesquisa Cuidado em seu Contexto sociocultural no Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde derivado do projeto cujas áreas de ação são: Saúde Coletiva; Política de Saúde; Formação em

Saúde e está vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) financiado pelo CNPq. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme a portaria 466/12, nº 209.321. Em relação à coleta de dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas com a participação de profissionais da rede de saúde de Niterói, inclusive preceptores de PET, articuladores da rede no território. Para definição dos participantes do estudo foram os seguintes critérios de inclusão: profissionais da rede de atenção à saúde do município o que abrange articuladores da rede no território, preceptores de PET, profissionais da atenção básica e atenção psicossocial, bem como alguns com experiência no trabalho em consultórios na rua. Critérios de exclusão: Graduandos, residentes médicos, estagiários. Resultados: Com a realização das entrevistas, identificamos que as barreiras de acesso, segundo os participantes da pesquisa, incluem a falta de infraestrutura, a formação deficitária de profissionais na área de saúde mental - que abrange a questão de álcool e drogas - para lidarem com situações concernentes a este processo de trabalho; a cultura familiar que ainda recorre à internação como lugar primordial e mais eficaz para tratamento das questões de álcool e drogas mesmo com a existência já de serviços extra-hospitalares cujo cuidado costuma ser extramuro, ou seja, também ocorre no território; e vínculo trabalhista frágil dos profissionais de saúde. Já a vantagem, é que apesar de toda precariedade, existe um trabalho em rede devido à formação dos profissionais que estavam imersos no movimento de reforma psiquiátrica que valorizava ao extremo o trabalho em rede de saúde e intersetorial, outra vantagem é poder contar com a rede informal. Considerações finais: Desta forma, ao identificarem as fragilidades e também as facilidades no acesso dos usuários aos serviços isto de alguma forma contribui

para reflexão crítica dos profissionais no que concerne ao próprio processo de trabalho de forma a viabilizar melhorias seja por meio de articulação com autoridades superiores e mesmo pela rede informal que valoriza o circuito do usuário na rede, incluindo as pessoas que fazem parte deste circuito como agentes de cuidado, não se restringindo apenas aos profissionais de saúde, Entendemos que o cuidado a que nos referimos remete a algo que não se restringe à execução de protocolos e procedimentos e abrange o acolhimento, a escuta, a rede de conversações necessárias a um agir em saúde mais eficiente.

TEATRO DO OPRIMIDO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS

César Augusto Paro, Neide Emy Kurokawa e Silva

Palavras-chave: Teatro do Oprimido, Promoção da Saúde, Pesquisa Qualitativa, Transformação Social

Introdução: A área da saúde, principalmente a Promoção da Saúde (PS), tem tido um movimento de aproximação cada vez maior com as linguagens artísticas no seu cotidiano de trabalho. Este cruzamento tem ocorrido de diversas formas, envolvendo uma pluralidade de práticas e saberes. Dentre as linguagens artísticas, o Teatro do Oprimido (TO) parece surgir como uma opção oportuna para as ações de PS. O TO é uma técnica pedagógica, social, cultural, política e terapêutica criada por Augusto Boal (1931-2009), importante teatrólogo, diretor, dramaturgo e ensaísta carioca. Boal (2002) define o TO como um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem por objetivo resgatar, desenvolver e redimensionar essa vocação humana, tornando a atividade teatral um

instrumento eficaz na compreensão e na busca de soluções para problemas sociais e interpessoais. A metodologia do TO ancora-se em dois princípios fundamentais: a) a transformação do espectador, ser passivo, recipiente, depositário, em “espect-ator”, ou seja, em protagonista da ação dramática, sujeito, criador, transformador; e b) não trata apenas de refletir sobre o passado, mas sim de preparar o futuro, isto é, deve-se transformar todas as situações vividas no espaço cênico em um ensaio para a transformação da realidade. Neste sentido, Boal (1979, p.18) criticava que “basta de um teatro que apenas interprete a realidade: é necessário transformá-la!”. Objetivo: Compreender as contribuições do TO para as ações de PS, descrevendo as produções presentes na literatura acadêmica nacional e internacional e identificando as possíveis apreensões que a saúde faz do TO. Métodos: Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória, com abordagem qualitativa (TOBAR; YALOUR, 2001). A coleta de dados ocorreu nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, incluindo estudos publicados entre 1973 e 2014 em português, inglês ou espanhol. A estratégia de busca utilizada foi “(‘Teatro do Oprimido’ OR ‘teatro’) AND (‘Promoção da Saúde’ OR ‘saúde’)” e as suas respectivas traduções em inglês e espanhol. Após coleta inicial, procedeu-se com a técnica de bola de neve por meio da análise da bibliografia referenciada nas publicações incluídas, para inclusão de estudos que pudessem ser relevantes para alcançar o objetivo da pesquisa. Para a análise das publicações, utilizou-se a Análise Temática (BARDIN, 2009). O processo de tratamento dos dados advindos das publicações iniciou-se com a pré-análise, fase em que se realizou a preparação do material e leituras flutuantes dos achados, a fim de propiciar o contato exaustivo com os textos e consequente impregnação pelo conteúdo. Posteriormente, fez-se

a exploração do material por meio da operação de codificação, que propiciou eleger unidades de significados que foram descritas e interpretadas (GOMES, 2006; MINAYO, 2004). A discussão e interpretação dos dados foram desenvolvidas a partir dos referenciais teóricos da PS, Saúde Coletiva e do TO. Resultados: A partir do levantamento bibliográfico realizado que inclui 1.791 registros da busca com os descritores e a técnica de bola de neve, foram encontradas oito publicações que tocavam na interseção entre PS e TO. Apesar da escassez da produção científica em relação à PS, a literatura acadêmica que busca estudar o TO já se expandiu para diversas áreas do conhecimento, como Educação, Educação Social, Psicologia, Artes Cênicas, Filosofia, Direito, Ciências da Comunicação e até Economia (BARBOSA, 2011). A escassez de estudos que abordam a temática do TO na PS demonstra a importância de um maior movimento da academia em investigar mais as possibilidades, potencialidades e limitações de interseção entre os dois campos. Isto também pode estar relacionado ao fato de ainda na prática dos serviços e ações de saúde as experiências de diálogo entre estes dois campos serem incipientes. Neste sentido, vale ressaltar a importância de maior difusão do TO na área da saúde, para que os profissionais possam perceber o potencial deste para a PS. Os estudos incluídos nesta pesquisa foram realizados em cinco países diferentes, abrangendo o continente africano e o americano (Brasil, Canadá, EUA, Mali, e Porto Rico), sendo sete destes com intervenções diretas com diferentes coletividades e somente um essencialmente teórico-conceitual. Os temas e respectivos subtemas que emergiram na análise das publicações foram: TO como recurso para mudanças no estilo e hábitos de vida (uso instrumental do TO; uso não ortodoxo do TO) e TO como elemento de emancipação

social (empoderamento no TO; processo do TO efetiva maior participação social; TO propicia uma maior dialogicidade; TO auxilia numa maior compreensão de si e do mundo; transformações individuais e/ou coletivas advindas do TO). Observou-se incompatibilidade entre os alicerces éticos, estéticos e políticos que fundamentam o TO e a vertente da PS baseada nos pressupostos teóricos behaviorista, pois este teatro se afasta de qualquer tentativa de domesticação dos corpos e normatização de comportamentos para se atingir “padrões saudáveis”. Já com relação à perspectiva da Nova PS, observou-se maiores consonâncias dado que ambos logram o fortalecimento de práticas cidadãs questionadoras do status quo e mudanças sociais em prol de uma transformação libertária e crítica. Apesar das aproximações serem nítidas no plano conceitual, os estudos empíricos ainda apresentaram dificuldades em demonstrá-las. Mesmo com todo o potencial emancipatório ofertado pelo TO, na prática, tem se visualizado uma apreensão instrumental, como um mero conjunto de técnicas, reduzindo este potencial para o de uma metodologia interativa, dinâmica e, conforme denominada por alguns, “mais participativa”. Considerações finais: Uma apropriação meramente técnica do TO, despreocupada e desvincilhada de seus pressupostos políticos, é ineficaz como metodologia para a PS. Este uso, que pode ser mais considerado como um abuso, não representa uma possibilidade de mudança radical no modo atual de conceber e praticar saúde conforme idealizado pelo movimento da PS, pois não leva em conta os anseios dos indivíduos e coletividades, assim como atua, predominantemente, sob uma lógica da domesticação e do risco, culpabilizando os indivíduos ao adoecerem por não saberem cuidar de si. Conforme preconizado pela Declaração de Jacarta sobre PS no Século XXI, “a Promoção da Saúde efetua-se pelo

e com o povo, e não sobre e para o povo” (OMS, 1997, p.6). Este mesmo princípio é compartilhado por Boal (2013, p.26) quando defende que fazer TO se configura como uma escolha ética, em que se toma o partido dos oprimidos: “é o teatro DOS oprimidos, PARA os oprimidos, SOBRE os oprimidos e PELOS oprimidos”. Múltiplas conexões podem ser criadas entre TO e PS, sendo que este diálogo deve ser potencializado numa perspectiva crítica de reinvenção, mudança e inovação, com o objetivo de que os indivíduos e coletividades possam atuar em melhorias de suas qualidades de vida e saúde.

TECNOLOGIAS DO CUIDADO UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES CARDIOPATAS CRÔNICOS

Ana Caroline Lima Vasconcelos, Jéssica Naiane Gama da Silva, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Yasmim Neri Pinheiro, Grazielle de Alcântara Albuquerque, Camila Milagros Gómez Lima, Taiane Emyll Silva Sampaio, Jacqueline Pereira de Sousa

Palavras-chave: Tecnologias do Cuidado, Cardiopatia crônica, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O adoecimento cardíaco crônico traz consigo diversas alterações físicas, psicológicas e sociais. Nessa fase, o doente pode apresentar limitações emocionais, financeiras, perdas pessoais e sociais e precisará aprender a administrar o seu tratamento efetivo e, por isso, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, possui papel importante no processo saúde - doença - cuidado desse indivíduo. O enfermeiro tem uma função fundamental na equipe de saúde, já que, por meio da avaliação clínica diária do paciente, poderá realizar o levantamento dos vários fenômenos, seja na aparência externa ou na subjetividade da multidimensionalidade

do ser humano. A partir disso, faz-se notar a presença das tecnologias do cuidado nos diversos âmbitos da assistência de enfermagem. Nesse processo de trabalho, apreendem-se três categorias tecnológicas que se integram: as tecnologias duras, caracterizadas pelo uso de equipamentos; as tecnologias leve-duras, próprias dos saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos; e as tecnologias leves, das relações. Nesse sentido, objetivou-se compreender o uso das tecnologias do cuidado utilizadas no processo de trabalho do enfermeiro junto ao paciente com cardiopatia crônica. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Tratou-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital terciário, em quatro unidades de internação hospitalar cardíaca, referência em doenças cardiopulmonares na cidade de Fortaleza-Ceará, de setembro a dezembro de 2014. Participaram do estudo 65 pacientes internados no hospital. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado consonantes aos objetivos propostos. A análise dos dados foi feita segundo a organização das falas e de acordo com os pressupostos teóricos da hermenêutica. Nesse momento, as pesquisadoras empreenderam a análise e síntese dos significados resultantes das reduções conceituais, interpretando-os à luz de referencial teórico pertinente. Após essa etapa, as falas foram organizadas em unidades de significados e posteriormente agrupadas em categorias temáticas. As entrevistas dos pacientes resultaram em cinco unidades de significado e delas, originaram duas categorias temáticas: Sentimentos do paciente sobre o cuidado do enfermeiro e; equipe e acolhimento hospitalar: receptividade e atenção. Após a fase de análise, os dados foram discutidos com base na literatura pertinente. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que

preconiza a Resolução 466/12. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, podendo ter retirada sua anuência no momento que desejassem. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em questão tendo sido aprovado sob parecer 198196/2013. RESULTADOS: A análise dos dados foi dividida em tópicos. Sentimentos do paciente sobre o cuidado do enfermeiro e da equipe: À partir dos discursos dos pacientes foi percebido o reconhecimento do enfermeiro, dos seus papéis e da sua importância para a assistência prestada, como demonstrado nas falas a seguir: [...] eu gosto do papel do enfermeiro por isso, porque eles acham que está todo mundo por igual e eu acredito pelo menos que em nosso meio aqui é! G(E11). A gente vê o diferencial das enfermeiras daqui... de outras enfermeiras. B(E2). Os pacientes enfatizaram a utilização de tecnologias leves no atendimento do enfermeiro, o que demonstra a importância de se estabelecer um vínculo entre o binômio paciente-enfermeiro. Além disso, os pacientes demonstraram ter consciência dos materiais utilizados no seu cuidado caracterizando o uso de tecnologias duras pelas enfermeiras: O aparelho de tirar pressão, o termômetro e aquele que faz o exame do dedo C(E4). O enfermeiro realiza o cuidar na execução das ações de enfermagem a pacientes com doença crônica cardíaca também por meio de procedimentos técnicos, a fim de evitar que o paciente apresente complicações. Acolhimento hospitalar: receptividade e atenção: Nos recortes retirados das entrevistas com os pacientes foi colocado como umas das principais demandas a necessidade de um bom acolhimento e recepção. Caracterizando o uso de tecnologias leves na assistência de enfermagem. Para os clientes entrevistados, esse momento caracterizou-se como um dos mais importantes durante o processo de

internação, pois através dele se estabelece um vínculo entre pacientes, enfermeiros e equipe de saúde, além de favorecer o conhecimento da rotina do hospital. Apesar do momento de recepção e acolhimento ser entrelaçados, alguns dos pacientes dividiu esta etapa, uns reconheceram como um ato mais restrito à recepção e outros como um ato de acolhimento de modo mais amplo. Por exemplo: “Muito bem acolhido, não tem o que reclamar não. Eles disseram: seja bem vindo. Me trataram como ser humano e cuidaram muito bem.” B(E18). “Elas se apresentam. Cada uma diz seu nome. Elas fazem umas perguntas sobre a doença, o que estou sentindo. Fazem tipo um questionário, uma entrevista.” C(E11). Os pacientes que reconheceram essa etapa inicial como recepção revelaram ser burocrática e distante, apesar de a recepção fazer parte do processo de acolhimento. O acolhimento e a recepção fazem parte das tecnologias leves. Acolher não significa resolver todos os problemas do paciente, mas dar atenção, escutar, valorizar suas queixas, identificar suas necessidades, sejam estas de âmbito individual ou coletivo. Também foi possível evidenciar, através de grande parte dos recortes, uma satisfação diante do cuidado prestado pelas enfermeiras, pela equipe e pela estrutura hospitalar. Como afirma a fala a seguir: “Aqui as enfermeiras são todas legais, os médicos são muito bons, graças a Deus. Aqui não falta nada, tudo aseado. Não falta nada, graças a Deus”. G(E13). Esse resultado é satisfatório, visto que corrobora para uma adesão do cliente ao seu tratamento. Caracterizando o uso da tecnologia a leveza: “Elas estão todo o tempo sabendo se a gente sentiu alguma coisa, como é que a gente está”. C(E1). Além da receptividade, a atenção demonstrada pela de equipe de enfermagem com esses clientes foi bastante observada nos discursos: [...] “Mas tratam muito bem mesmo, com muita atenção,

elas respeitam muito a gente, chegam até ser carinhosas”. G(E15). No entanto, tiveram recortes que demonstraram a insatisfação com o atendimento. Por exemplo: “As más chegam assim “ô, mulher, que é que tu que? você fica só chamando!”, então, se você fica chamando é porque está precisando.” I (E1). Mostrando, assim, que a utilização de tecnologias leves no atendimento ao paciente cardiopata crônico se faz necessária, na medida em que se utiliza das relações e esta, por sua vez, influenciará no modo do paciente ver o enfermeiro. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A assistência de enfermagem prestada ao paciente cardiopata crônico perpassa pelo o uso das três tecnologias. O bom acolhimento e relacionamento mostrou ser fator de adesão entre paciente e tratamento. O enfermeiro busca estar presente nesse momento, criar um vínculo com esse indivíduo e favorecer sua recuperação e alta hospitalar. A enfermagem como ciência da saúde busca a cada dia estabelecer meios mais efetivos de prestar seus cuidados, baseando sua assistência em estudos que auxiliem em uma melhora da qualidade da assistência. Portanto, o presente estudo favorece uma compreensão maior sobre o uso das tecnologias do cuidado e é ferramenta para a prática cotidiana do enfermeiro uma vez que possibilita reflexões e aprimoramento do seu saber.

TRABALHO EM SAÚDE: O OUTRO LADO DA MORTE, O CUIDADO QUE PRODUZ VIDA

Amanda Rodrigues dos Santos, Flavia Helena Miranda de Araújo Freire

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, Cuidado, Trabalho em Saúde

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi redefinido através da Portaria Nº 963,

de 27 de Maio de 2013, como um serviço substitutivo ou complementar aos cuidados hospitalares de baixa e média complexidade, compondo a Rede de Urgência e Emergência, sendo complementar à Atenção Básica. Este trabalho é fruto da pesquisa intitulada Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa, compondo uma Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), coordenada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). De abrangência nacional, diversas redes assistenciais estão sendo avaliadas no território nacional, envolvendo variadas universidades, dentre elas a Universidade Federal Fluminense (UFF) de Volta Redonda e o Serviço de Atenção Domiciliar do SUS de Volta Redonda. Esse trabalho refere-se ao campo da atenção domiciliar do município de Volta Redonda, bem como da experiência de estágio profissionalizante da graduação em psicologia na UFF, a partir da vivência no estágio na Equipe Sul do SAD de Volta Redonda/RJ. O serviço de atenção domiciliar deste município é constituído por duas equipes multidisciplinares que abrangem os dois distritos do município, sul e norte. A Rede de Avaliação Compartilhada se aproxima deste campo por pedido do Ministério da Saúde, em que o serviço de Volta Redonda chama atenção pelas suas características singulares na produção de cuidado, na relação da equipe com os familiares, entre outras. A pesquisa, que também produz interferência no cotidiano do serviço, tem como objetivo avaliar, em ato, a produção do cuidado em saúde, a organização e conexões com as redes de atenção a saúde, como também as inovações que este serviço oferece em relação ao cuidado. Entendida também como interferência, devido à sua metodologia e o convite de que os trabalhadores também

são pesquisadores, ao construir uma pesquisa de avaliação qualitativa que se dá no encontro com o cotidiano do trabalho. A tenda do conto, criada a partir de vivência com a atenção básica na rede de saúde do município de Natal-RN, é uma experiência e também uma ferramenta metodológica que lançamos mão na pesquisa, na produção do encontro com o SAD de Volta Redonda. A tenda é uma prática de grupo que coloca em análise o cuidado em sua dimensão relacional, que dispara narrativas, produzindo contos, a partir de objetos levados pelos trabalhadores que produzam significados da sua inserção no mundo do trabalho do SAD. Os objetos disparam contações de histórias da vivência da equipe com a atenção domiciliar. Nesta pesquisa, o espaço da tenda tornou-se uma produção do conhecimento do outro na equipe, ampliando os olhares para a mesma. As reuniões de equipe são espaços utilizados como metodologia de avaliação, pois é o momento de encontro dos trabalhadores das duas equipes. Nesses encontros de reunião de equipe são produzidos também compartilhamento e discussão de casos, a fim de promover a construção coletiva dos Projetos Terapêuticos Singulares, em que se observou como este serviço vaza as suas esferas de serviços assistências de saúde, buscando ampliar o cuidado para outras instâncias como, Centros Regionais de Assistência Social, os Centros Regionais de Educação e Assistência Social e também as Associações de Moradores referentes aos bairros de cada usuário. A intersectorialidade se apresenta como uma proposta de trabalho na construção de rede de cuidado aos usuários. A pesquisa evidencia a partir da produção de narrativas provocadas pela experiência da tenda do conto e disparadas nas reuniões que sucederam uma disputa entre trabalhadores pelo melhor projeto de cuidado do usuário. Uma das singularidades do SAD de Volta Redonda é a implicação com

o trabalho, e, por enquanto, entendemos essa disputa pelo olhar da sobre-implicação notada em alguns trabalhadores em suas narrativas durante a oficina da tenda do conto, revelando um cuidado centrado no usuário. O Serviço de Atenção Domiciliar do município de Volta Redonda, em especial a equipe referente ao distrito norte, tem como norteador do cuidado os princípios dos Cuidados Paliativos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 definiu como: “Cuidados que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.” Durante os encontros da pesquisa, nota-se em algumas narrativas e também no protocolo utilizado nas visitas de luto, o surgimento de questões sobre a crença na vida após a morte, indicando uma proximidade com o espiritismo. Coloca-se em análise o que essa proximidade interfere no cuidado, uma vez que se percebe que tal aproximação não é unânime, e tornou-se um tema elegível para ser elaborado e discutido em equipe. A esse respeito, Clarice Lispector em seu livro “A hora da Estrela”, produz sentido na literatura com o tema da morte e sua relação com a vida, ao narrar que: “Só não inicio pelo fim que justificaria o começo - como a morte parece dizer sobre a vida - porque preciso registrar os fatos antecedentes.” Os achados que emergiram do campo vem apontando para um serviço que pulsa diferentes sensações para quem tem a oportunidade de experimentá-lo, numa mistura de cuidados em saúde, experiências relacionais com a equipe, o envolvimento da equipe com os usuários e familiares que se potencializa pelo fato de ser na residência do paciente,

construindo um cuidado e uma relação no espaço íntimo. Nota-se que há produção de vida mesmo quando o propósito são os cuidados paliativos, quando não há mais “possibilidades terapêuticas” que viabilizem a cura. A implicação com o trabalho possibilita a produção de vida, tornando-se um impulsionador e potencializador que essas duas equipes do SAD de Volta Redonda realizam. O olhar voltado para o usuário e não para a doença marca a integralidade decretada pelo Sistema Único de Saúde como também a humanização do cuidado em saúde. Esta pesquisa, portanto, evidencia um trabalho que aponta para as possibilidades e produções de vida na morte, aponta para um trabalho que se importa não com a doença exclusivamente, mas com a produção de mais vida construída a partir do cuidado relacional, no encontro entre trabalhador e usuário. Antes da morte ainda há muita vida, muitas histórias. Ao indagar sobre a morte em A Hora da Estrela, Clarice Lispector, parece nos mostrar que a morte pode não ser algo macabro, ou algo a se temer, é o encerramento. A pesquisa com essa equipe da atenção domiciliar nos apresenta isso, a morte pela via da vida.

TRÊS CATEGORIAS DE SERVIÇOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSO OU BARREIRA AO CUIDADO INTEGRAL?

Gabriela Lucena de Oliveira Coutinho, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Thayane Pereira Santos, Juliana Sampaio, Dilma Lucena de Oliveira

Palavras-chave: Cuidado, saúde mental, psiquiatria, multidões, Rede viva

Esse trabalho é um recorte da pesquisa em andamento - “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” e, está sendo desenvolvida pela Universidade Federal da Paraíba-UEPB e em várias cidades brasileiras, sob coordenação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, com o objetivo de avaliar a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo os gestores, trabalhadores, usuários. Ancorando-se nos referenciais teóricos da micropolítica do cuidado em saúde (MERHY, 1997), bem como da Educação Permanente em Saúde, o estudo realiza uma pesquisa qualitativa sobre a produção do cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde do SUS. A pesquisa realiza-se através da imersão no cotidiano dos trabalhadores de dois CAPS da rede local do município de João Pessoa, após um reconhecimento dos vários serviços da rede. O critério de escolha dos serviços se deu a partir do interesse de profissionais em problematizar a produção do cuidado, com reflexões produzidas a partir da proposta do usuário-guia. Esse método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, e a consequência das estruturas instituídas para o cuidado a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma reflexão sobre o cuidado prestado ao usuário. As análises se constituem em um processo conjunto de problematizações do vivenciado por pesquisadores, trabalhadores e usuários envolvidos. O cuidado em saúde mental teve avanços inegáveis, conquistados pela militância da luta antimanicomial. Há pouco tempo atrás, como é bem sabido, trancafiavam-se os considerados loucos em hospícios, dopando-os com remédios, e os submetendo a cirurgias como a lobotomia, como se a doença mental fosse um problema inserido no corpo do sujeito e que nada tinha a ver com o contexto

familiar e social em que ele estava inserido. Atualmente se tem outra percepção do sujeito com sofrimento psíquico e, ao invés de isolá-lo como o membro doente, cuida-se de toda a família, pensando em maneiras de se criar espaços de socialização dele com sua comunidade - pelo menos na teoria- ao contrário de isolar a proposta é integrar. Dentro desses avanços destaca-se a criação de estruturas de cuidados na saúde mental que se opunha ao modelo do isolamento, pensando um trabalho no território e em rede. A militância pela reforma psiquiátrica consegue instituir como política de saúde em 1992 os Núcleos de Atenção Psicossocial e o Centro de Atenção psicossocial (instituídos pela portaria SAS/MS Nº224) e, depois de diversas modificações, estrutura-se a RAPS - a rede de atenção psicossocial instituída em 2011 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Já a estruturação do CAPS em três modalidades aconteceu em 2002 através da portaria MS nº 336-02 (CAPS-i, CAPS-t, CAPS-ad). Na RAPS a proposta é que os CAPS funcionem como coordenadores da atenção à saúde mental, que devem atuar integrados ao serviço de atenção básica, aos leitos hospitalares ou enfermarias psiquiátricas, as unidades de acolhida, às casas de residência terapêutica, ao consultório de rua e ao NASF. Visualizamos, na pesquisa RAC em João Pessoa, que ao invés de uma RAPS com três serviços especializados-CAPS atuando de forma integrada e harmônica, operam três RAPS constituídas pelos próprios serviços em si, atuando de forma isolada, do seguinte modo: uma de atenção a crianças e adolescentes (RAPS-i), uma segunda de atenção a usuários de álcool e outras drogas (RAPS-ad), e por último uma de atenção para adultos com transtornos severos (RAPS-t). Cada serviço constrói para si seu fluxo de cuidado e apoios em rede. As três RAPS são sustentadas pela existência dos serviços especializados e pela definição de perfis e protocolos de atenção que são visualizados

por todos os outros setores do sistema de saúde, e mesmo intersetorialmente, como o único local para o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, o que contraria a ideia de um cuidado integrado e territorializado na saúde mental. Esse é o ponto de partida do presente artigo: as percepções advindas da RAC de que a fragmentação da RAPS (explícita nos CAPS, mas presente em toda rede) em três eixos organizacionais, sustentada pela definição de perfis, protocolos de atenção e especializações dos serviços, constrói mais barreiras que acessos ao cuidado integral do sujeito. A proposta de estruturação da prestação de serviços especializados em CAPS potencializa a mudança do processo de trabalho na busca de alternativas para a medicalização, na medida em que, independente do grau de captura dos trabalhadores por uma lógica manicomial, facilita aos sujeitos a vivência de outras possibilidades de cuidado e interação com a família e os territórios. Já a divisão a priori destes serviços a partir de uma classificação nosológica favorece, ao contrário, a segmentação, na lógica das especializações da clínica biomédica delimitada por problemas, idades e diagnósticos. A segmentação se materializa nos protocolos e fluxos, que não facilitam uma comunicação real que produza conexões, para além do cumprimento destes. Isto se mostra nas seguintes evidências do campo: o cuidado fragmentado de vários membros de uma mesma família em diferentes serviços, uma vez que tem classificações diferentes das pessoas com sofrimento psíquico; a dificuldade do diálogo entre os CAPS para decidir quem é responsável pela pessoa, quando ela apresenta sintomas difíceis de classificar; especialização do lugar da loucura nos CAPS ou leitos hospitalares definidos para tal, não se conseguindo atenção em outros serviços, mesmo que o principal problema da pessoa não seja o sofrimento psíquico; o sofrimento

dos profissionais quando se deparam com situações que julgam não ser objeto de sua intervenção seja pela especialização, seja pela falta de estrutura no serviço; quase nenhuma abordagem sofrimento psíquico na atenção básica, exceto a medicalização dos casos já vistos como diagnosticados; a dificuldade dos profissionais de serem acolhidos quando tentam romper os limites do serviço acionando redes intersetoriais ou mesmo serviços do próprio setor saúde. Aparentemente, o que fora construído com o intuito de facilitar o cuidado, possibilitar as especificidades da atenção para cada caso, e facilitar a comunicação entre os profissionais e os serviços, resulta em uma artificialidade dos problemas, objetificando a pessoa no seu diagnóstico e imobilizando o profissional ou o serviço em seu procedimento (MERHY, 2002), neste caso, a psiquiatrização/medicalização do cuidado. O campo da saúde mental é o local onde as certezas especializadas da biomedicina tidas como referenciais de descrição da realidade a priori e protocolos fixos de tratamentos segundo diagnósticos, engessam o cuidado e o limitam diante dos sujeitos com sofrimento psíquico. Como cada um de nós, esses sujeitos se constituem em multidões (Guattari), demandando um cuidado líquido que adentre nos espaços subjetivos preenchendo o que for vazio, moldando-se ao sujeito e a suas necessidades. Nesses termos o uso da clínica especializada limita a compreensão do vasto campo complexo de produção da vida, pois o cuidado não pode estar preso a protocolos, determinando sua forma por categorias nosológicas, pois cada sujeito demanda cuidados espontâneos, às vezes não previsíveis. Necessitamos de menos protocolos e mais diálogo, uma rede viva (TULLIO, 2015) que se produz e se inventa no ato do cuidado.

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Antonia Almeida Araújo, Lucas Cabral Santos Miranda, Ariane Gomes dos Santos

Palavras-chave: úlcera por pressão, enfermagem, unidades de terapia intensiva

As úlceras por pressão são lesões que geralmente se localizam em regiões com proeminências ósseas, provocando isquemia tecidual devido à diminuição do fluxo sanguíneo local. São consideradas um problema grave, especialmente em pessoas idosas e clientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Sua prevalência representa uma significativa ameaça aos pacientes com mobilidade prejudicada ou comprometimento da percepção sensorial. Além disso, aumentam a morbimortalidade, o tempo e custo de internação, interferindo na qualidade de vida dos pacientes. As UPP são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente. Desse modo, vale ressaltar o contexto do movimento global pela segurança do paciente que visa promover e apoiar a implementação em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde. OBJETIVO: Analisar a produção científica acerca de úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Apoderando-se de normas claras e de rigor científico, foram consideradas seis fases para a realização deste estudo: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e

exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. A coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2014. Para a procura dos artigos indexados foram utilizados os descritores: úlcera por pressão/pressureulcer, enfermagem/nursing e unidades de terapia intensiva/intensivecareunits, todos de acordo com os descritores em Ciências da Saúde BIREME. Encontrou-se nas bases de dados um somatório de 334 artigos (76 LILACS, 214 MEDLINE, 44 SCIELO). Os critérios de inclusão foram artigos publicados no recorte temporal de 2008 a 2014; redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; e disponibilizados na íntegra na base de dados. RESULTADOS: Os artigos apresentaram diferentes características no que se refere à amostra e ao delineamento metodológico. Com base na Tabela 1, observou-se que dentre os tipos de estudos selecionados encontrou-se cinco (35,7%) estudos transversais e nove (64,3%) estudos descritivo-exploratórios. Quanto ao perfil dos sujeitos das pesquisas, destacaram-se enfermeiros, técnicos, auxiliares, além de clientes internados em UTI. Foi possível observar que quanto ao delineamento metodológico, as pesquisas mostram desenhos observacionais e analíticos buscando uma maior compreensão sobre a prevenção de úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e a assistência de enfermagem como subsídio para realização de ações em busca de minimizar o problema. As UPP representam um problema social, econômico e educacional. O desenvolvimento das mesmas gera impacto na qualidade de vida dos pacientes e de

seus familiares, assim como, no aumento nos custos para as instituições hospitalares. Em estudo realizado em UTI de um hospital privado localizado em Natal/RN, as UPP foram diagnosticadas em 50,0% dos pacientes, destes 75,0% apresentaram uma úlcera e 25,0% duas. Outra Pesquisa desenvolvida no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) em Ananindeua/PA evidenciou que 17 (3,6%) pacientes desenvolveram úlceras por pressão, dos quais 6 (35,3%) na Clínica Cirúrgica 1, 5 (29,4%) na Neuroclínica, e 6 (35,3%) na UTI. Percebe-se dessa forma, que as úlceras por pressão são um problema de causalidade multifatorial, uma vez que, sua ocorrência é afetada por fatores fisiológicos, microbiológicos, sociais, econômicos, educacionais e comportamentais, resultando no aumento da morbimortalidade dos indivíduos. Estratégias de investimento em capacitação profissional, construção e implantação de protocolos precisam ser implementados em busca da melhoria da qualidade da assistência oferecida. A equipe multiprofissional tem a responsabilidade de adotar medidas de prevenção para com os indivíduos que apresentem riscos de desenvolver úlcera por pressão. Em estudo relativo às formas de prevenção e de tratamento de úlceras de pressão, realizado com 15 profissionais de uma equipe de saúde, todos indicaram como medida preventiva a mudança de posicionamento, 60% indicaram a hidratação da pele com óleo, 80% colchão caixa de ovo, 40% coxim e 20% massagem. Estudo exploratório-descritivo realizado na UTI de um hospital universitário da região Sul do Brasil, mostrou que o enfermeiro está diretamente ligado à gerência de cuidados dos pacientes internados em UTI, com mobilidade física reduzida e com predisposição para formação de UPP. Durante a sua atuação no ambiente profissional, eles procuram voltar atenção

ao trabalho dos técnicos de enfermagem, orientando, estimulando e supervisionando as atividades que são realizadas tanto em relação ao cuidado na prevenção, quanto no tratamento das lesões já desenvolvidas no paciente. Nota-se que mudança de posicionamento tornou-se a principal ação de responsabilidade da equipe de enfermagem, com o intuito de prevenir as lesões de pele. Além disso, é relevante salientar sobre a importância do cuidado individualizado, uma vez que, possibilita ao enfermeiro realizar o diagnóstico precoce da lesão, planejar suas ações, acompanhar e avaliar a evolução da lesão. Estudo transversal realizado em um hospital geral do interior do estado de São Paulo apontou que 96,0% dos enfermeiros preconizam a mudança de posicionamento e 68,0% relatam que utilizam colchões especiais. Mostrou também, que o procedimento de mudança de posicionamento deve ser mantido em qualquer etapa do tratamento de UPP, uma vez que, possibilita a redução da pressão, fricção e cisalhamento. Por evitar a compressão prolongada e a redução da irrigação sanguínea local, a mudança de posicionamento deve ser realizada de duas em duas horas, se não houver contra indicações no que diz respeito às condições gerais do paciente. No entanto, mesmo com tais recomendações, ainda, existem serviços que apresentam falhas quanto às medidas de prevenção contra UPP. Estudo realizado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital do interior paulista demonstrou que as mudanças de posicionamento são pouco utilizadas nos pacientes com e sem UPP e que 80% dos pacientes que apresentam UPP não utilizam a alternância de posição de duas em duas horas. O mesmo estudo, em concordância com os resultados dos estudos apresentados nesta revisão integrativa, revela que os clientes que realizaram a mudança de posicionamento apresentaram uma incidência menor de

UPP em relação aos que não foram mudados de posição. É inegável que pacientes internados em UTI estão mais expostos a ocorrência de úlceras por pressão, sua prevenção constitui-se um desafio para a assistência em enfermagem e sua baixa incidência é indicativa de boa qualidade dos serviços de saúde, cabendo à equipe de enfermagem perceber a necessidade de um cuidado sistematizado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De acordo com os resultados apresentados, percebeu-se que pacientes internados em UTI estão mais expostos ao desenvolvimento de úlceras por pressão, cabendo à equipe de enfermagem promover a construção de uma cultura de avaliação orientada por um paradigma educativo, que preconiza um olhar contínuo para a melhoria do serviço prestado. A revisão integrativa da literatura, por sua vez, possibilitou a síntese dos resultados de pesquisas relevantes, facilitando a incorporação de evidências e transferindo o conhecimento para a prática. A pesquisa pôde constatar a viabilidade clínica das escalas de Bradem e a inegável importância da mudança de posicionamento, considerada como a principal ação da equipe de enfermagem na prevenção de UPP.

UM “ESTRANGEIRO” NA REDE DE AVALIAÇÃO COMPARTILHADA: EXPERIÊNCIAS EM UMA ÁREA PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RJ

Mary Ann Menezes Freire, Ana Lúcia Abrahão, Edith Lúcia Mendes Lago, Marcia Oliva da Costa, Elisangela de Aquino Lima, Camilla Quintanilha Lage

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde, Relações Pesquisador-Sujeito

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: O produto deste trabalho integra as análises iniciais

da pesquisa intitulada “Observatório Nacional de Produção de Cuidados 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”, também conhecida/denominada como “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC”, ainda em processo de desenvolvimento. A pesquisa – RAC – tem por finalidade aprofundar o olhar, sob a ótica de quem pede, quem faz e quem usa, sobre a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde, no SUS, no intuito de produzir o que chamamos de uma avaliação compartilhada, através dos olhares desses diversos atores. Uma investigação em âmbito nacional, mas que neste trabalho, toma como foco a experiência das pesquisadoras em uma unidade de saúde. Avaliar as redes de atenção à saúde de forma compartilhada implica na produção de encontros em estabelecer contato direto com o trabalho vivo, com os vários conhecimentos e saber que se institui a partir do encontro com o outro. Entendemos que todo e qualquer trabalho em saúde se faz nos encontros, seja com o outro profissional de saúde, seja com o usuário. E, são esses encontros o fio condutor dessas análises iniciais, norteados pela imersão no cotidiano das equipes, das unidades, dos territórios de vida e de produção do cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Método e Experiências - Tomando a proposta do encontro como método, o efeito do processo investigativo da pesquisa, revelou-se como uma necessidade de reflexão e aprofundamento. Além de muitos estranhamentos. E, é essa experimentação que nos interessa nesse momento da pesquisa. Uma análise que tem consequências, não só porque os seus efeitos incidem sobre o objeto, mas por poder deslocar a vista do ponto de vista do pesquisador. Uma forma de pesquisar que dispensa condições ideais e controle de variáveis, mas que, no entanto, se

sustenta pela aposta de seus pesquisadores e suas implicações. Produzir-se como pesquisadores de forma compartilhada, imersos num território desconhecido, do ponto de vista de suas produções de vida, foi a nossa principal aposta. E, os estranhamentos e atravessamentos de nossas implicações nos encontros foi revelador de certa produção de conhecimento que toma como elemento principal a experimentação dos pesquisadores no território. O pesquisador ‘In-Mundo’, estabelecendo conexões e avançando no ‘Nós’, no entre do saber e fazer, no entre do saber e do não-saber. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** Tomar o exercício do encontro como ferramenta metodológica diz de algo que faz os corpos colidir mesmo sem contato visceral, direto, físico, mas que altera os corpos, afetando-os, efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, forjada em ato. Deste modo, não apenas o profissional, mas o usuário também é produtor de saberes, contudo, um saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção de vida. Como resultado destes encontros trazemos para discussão um dos efeitos que se produzem no território. O território é um local que se destaca por seus contrastes: a área mais distante da região central da cidade; um território extenso, populoso, marcado pela frieza dos seus indicadores e pelo calor das formas de produção de vida que vivenciamos por lá. Um território e uma população com a marca das diversas formas de violência, física, política, econômica, social, mas onde a vida pulsa com extrema coragem. É neste lugar que mergulhamos e nos experimentamos. Compreender esse território para além de seus indicadores e de suas características e questões geográficas também foi uma aposta relevante. Enxergar

o usuário, em si mesmo, como um território existencial, subjetivo e cultural, que vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços, se fez necessário à medida que os encontros começaram a produzir os seus efeitos. Desvelar os códigos, os sinais, os aprofundamentos locais que os usuários, alguns profissionais e o território impõem para a caminhada dos envolvidos nessas redes vivas, foi algo que nos revirou. E é neste momento que surge o inquietante: o estrangeiro. Todos armados de nossos saberes, mergulhando num território que até então era conhecido, vestidos de nossas pré-concepções e conceitos, nos deparamos com a sensação de ser um estrangeiro nesses encontros, à medida que eles iam acontecendo. Algumas situações, variadas, vividas de modo muito singular por cada um, permitem o aprofundamento dessa reflexão. Uma destas experimentações ocorreu em uma reunião geral em uma das unidades básicas a qual estamos inseridos. A conversa era centrada na construção do plano de Acesso Seguro para a unidade, uma forma de garantir a oferta de serviços e a unidade aberta, mesmo diante da violência no território. Uma discussão dominada pelos ACS’s, permeada de códigos e sinais, que traduziam e caracterizavam os níveis de violência local e que serviriam para a construção do referido plano, numa tentativa clara de produzir acesso à saúde. Mais um momento onde o sentimento de estrangeirismo prevaleceu. Compreender os códigos e sinais empreendeu um esforço, um diálogo questionador. E, o surpreendente. Perceber que não havia apenas o, pesquisador, de estrangeiro naquela reunião, mas outros profissionais, da própria unidade, que se encontravam nas vias de dúvidas, medo e espanto em que o pesquisador se encontrava. Estrangeiros em um encontro. Ser estrangeiro trouxe consequências e

produziu um deslocamento importante. Saber de si passa sempre pelo saber sobre o outro, mas a pesquisa nos proporcionou outra perspectiva. Supõe-se saber algo, sobre os usuários, sobre o território, sobre os serviços. Mas eles, profissionais e usuários, também sabem muito sobre todas essas questões, sob outras perspectivas. E, isso tem sido fundamental, pois todos esses atores também são produtores de afecções em nós. Tomar isso como analisador, dentro da proposta da RAC, é tomar a produção de vida como foco do cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estrangeiro de um modo geral todos somos em alguma medida, o que a experiência de produzir conhecimento por uma via compartilhada nos aponta, são vistas do ponto que constroem dizibilidades e visibilidades outras. Conexões existenciais, ou seja, vínculos, contatos que são construídos para além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, que protocoliza o usuário e amarra as equipes. Nesta experimentação, optamos por dar visibilidade ao ato no plano do cuidado e se misturar no nomadismo e nos acontecimentos. Nesse exercício somos provocadas primeiro a olhar em nós essa produção, os deslocamentos que são produzidos, para poder olhar nos outros e nas redes que vamos nos misturando e produzindo visibilidades. Neste movimento estrangeiro, encontramos conceitos ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinosiana, mas que ganha novos sentidos a medida que damos passagem de forma simétrica ao estrangeiro esvaziado de intencionalidade no encontro.

UM ESTUDO SOBRE AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DA SAÚDE: UMA ÁREA EM EXPANSÃO

Maicon Douglas da Silva, Rony Mauricio Benvenuto, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: atuação do psicólogo da saúde, psicologia da saúde, psicologia no hospital, psicologia na atenção básica e na atenção especializada

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e objetiva destacar a importância do profissional psicólogo nas diversas áreas de atuação no âmbito da saúde, sua revisão histórica remetendo os principais enfoques de políticas públicas e desenvolvimento da disciplina na área. A profissão do psicólogo tem se destacado na área de saúde e há um investimento para sua expansão na área de políticas públicas. A psicologia em saúde tem sua origem na década de 50, e trabalhava seguindo o modelo biomédico, este que, por ser de cunho fisiológico e totalmente orgânico, delimitava sua intervenção ao paciente. Posteriormente, o enfoque da psicologia voltou-se as necessidades do ser humano em sua totalidade em um novo modelo: modelo biopsicossocial. Fazemos uma abrangência ao conhecimento da profissão em paralelo aos desafios que a mesma trás consigo, para efetivamente desmistificar conceitos populares a supervalorização da clínica individual para uma atuação no coletivo. **DESENVOLVIMENTO:** Toda terminologia retratando os termos da saúde, remetem subjetivamente a instituição hospitalar, a cultura expressa no âmbito nacional recorre intrinsecamente a este devido ao histórico social desta instituição e a figura social impressa no termo, sofrendo algumas alterações em seu sentido de acordo com a cronologia do tempo, no entanto prevalece como base a saúde. Colégio Oficial de Psicólogos da Espanha (COP, 2003) conceitua como disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos,

mentais ou qualquer relevante de processos de saúde e doença. Sendo realizado em contextos diversos, como hospitais, Unidade Básica de Saúde, organizações não governamentais e nos próprios lares, alcançando as pessoas que não procuram o acesso à saúde. Porém, existe um desafio maior para a instalação efetiva deste modelo biopsicossocial, pois, notoriamente é percebida a busca popular nas instituições da saúde apenas quando existe a instalação de sintomas ou doenças, os programas de prevenção não têm a abrangência mínima se comparado à busca devido a sintomas, e neste encaminhamento seguem os projetos governamentais. Publicando a portaria n° 342, de 4 de março de 2013 redefiniu as diretrizes para implantação e atuação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para compor uma intermediação entre a atenção primária e a terciária, elencando a priori dos investimentos em setores que atendem a instalação dos sintomas, justificando a existência do termo Psicologia da Saúde Hospitalar, a cultura investe seus termos dentro destas atuações, e a Psicologia segue estes parâmetros. Psicologia no Hospital O Conselho Federal de Psicologia determina que o especialista em Psicologia Hospitalar atue com enfoque nos âmbitos secundário e terciário de atenção na saúde, realizando sua atuação em instituições de saúde, atendimento psicoterapêutico individual ou grupal, grupos de psicoprofilaxia, atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva, pronto atendimento, enfermarias em geral, psicomotricidade no contexto hospitalar, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsultoria (CFP, 2003). O psicólogo hospitalar caracteriza-se como o profissional que sintetiza esses conhecimentos e técnicas para utilizar de maneira coordenada e sistemática para qualificar a assistência integral do paciente hospitalizado, sem se limitar, ao

tempo específico da hospitalização, seu trabalho é especializado no que se refere, fundamentalmente, ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao menos, ao controle dos sintomas que prejudicam seu bem estar (CASTRO e BORNHOLDT, 2004.). Psicologia na Atenção Básica e na Atenção Especializada Em unidades de saúde, o tipo de intervenção varia de acordo com a especificidade de tratamento do local, podem ser: psicoterapia - de adulto e de adolescente-, triagem de orientação de mães, psicodiagnóstico, ludoterapia, grupos de toxicômanos, aidéticos, alcoolistas, tuberculosos hanserianos, dentre outros (De Souza, 2013) e principalmente atuação em processos coletivos de promoção e prevenção como é o caso dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em centros de atenção psicossocial, a atuação varia em menor escala, os CAPS se distinguem por sua complexidade e organizam-se de acordo com o número populacional de cada cidade. Com isso, esses serviços se caracterizam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2002). O grande desafio para todos os integrantes de equipe multiprofissional (vale para os Caps e os Centros de Saúde) não é somente conhecer sua função, mas conseguir estimar e reconhecer o papel do outro como essencial para se obter uma visão complexa dos fenômenos (Pietroluongo& Resende, 2007, p. 8). **RESULTADOS:** A partir de fixada a idéia de que é mais eficiente abordar o paciente como tendo algum problema e não simplesmente utilizando literalmente o termo “doença”, a saúde então passa a envolver um modelo biopsicossocial – um novo enfoque da psicologia da saúde. A epidemiologia social, os estudos de saúde pública e avanços dos conhecimentos sobre fenômenos psicológicos nas ultimas décadas possibilitam uma melhor compreensão em estudos e desenvolvimento de intervenções em relação a esses fenômenos e processos

tanto para o ensino quanto para a atuação do profissional psicólogo da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Não parece mais ser suficiente o trabalho dos profissionais de saúde – psicólogos ou outros – ficar restrito a atenuar sofrimento, compensar dano, corrigir lesões, recuperar prejuízos e minimizar a atuação nos âmbitos da prevenção de problemas (psicológicos e de saúde). É necessária também uma atuação antes que os problemas aconteçam, de forma preventiva e de promoção da saúde, de maneira a evitá-los, intervindo em questões sociais, inclusive os denominados de “problemas de saúde”, apesar das limitações que as convenções administrativas, burocráticas, políticas ou das simples práticas imponham e direcionam o pensamento e os comportamentos, a intervenção do psicólogo amplia as possibilidades de abrangência da saúde e alcança questões subjetivas e singulares que fazem parte de uma conceituação de saúde que valoriza a vida, que produz vida.

VOZES DE MULHERES CUIDADORAS FAMILIARES DE IDOSOS (AS) DEPENDENTES: DIÁLOGOS SOCIO-CULTURAIS PARA A SOCIEDADE

Edmeia Campos Meira, Camila Calhau Andrade Reis, Luciana Araújo dos Reis, Rita Maria Radl Phillip

Palavras-chave: idoso, cuidadores, relações familiares

APRESENTAÇÃO: Este estudo considera os dados demográficos que demonstram o aumento progressivo de pessoas idosas acompanhado de longevidade no Brasil. Este novo perfil populacional tem impacto significativo na morbimortalidade e na necessidade de cuidados devido à convivência com a fragilização e doenças crônicas, o que requer o apoio de outras

peças. Na ocorrência de dependência de cuidados da pessoa idosa, a mulher tem assumido ao longo da história do cuidado humano, a responsabilidade por estas ações em espaço intrafamiliar, tornando-se a cuidadora familiar principal. Diante disso, nota-se que estas mulheres cuidadoras vivenciam o processo de cuidar em contexto de relação interpessoal com o idoso (a), com a família e com a sua condição de pessoa humana, a partir de uma identidade feminina construída ao longo da vida. Este estudo tem princípios teóricos que norteiam os processos de construção das identidades de gênero, a partir da compreensão do interacionismo simbólico, e o cuidado humano. O cuidado desempenhado pela mulher permite a identificação de um tipo de identidade de gênero e orientação para o cuidado com base nas expressões socioculturais, atitudes, significados, desafios e no espaço organizativo da instituição familiar, tendo em vista as construções e transformações que orientam suas relações sociais em contexto histórico de vida. Assim, o objetivo principal do estudo é descrever e analisar as repercussões das relações de cuidado intrafamiliar desempenhado pela mulher cuidadora, por meio das suas recomendações para outras mulheres, pessoas da sociedade em geral que vivenciam semelhante ação de cuidar e representantes governamentais, quanto ao compromisso com a realidade de cuidado do idoso (a) dependente na família.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO Este estudo constitui-se parte do projeto de tese: O sentido da memória de mulheres cuidadoras de idosos (as) dependentes: Identidade de gênero e orientação para o cuidado. Trata-se de uma investigação empírica de natureza qualitativa, guiada pelo método de História Oral de Vida. Foi realizado no município de Jequié, interior da Bahia, no período de janeiro a março de 2015. A amostra da investigação contou

com a participação de seis mulheres, conforme critério de inclusão: mulheres que vivenciam o processo de cuidar ao idoso (a) dependente com tempo mínimo de três anos. As informações foram produzidas através de entrevistas semiestruturadas, a partir da realização de visitas nos domicílios. As informações produzidas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com categorias oriundas das histórias de vida que utilizam princípios de interpretação da Análise de Conteúdo. Além disso, foi utilizado o Programa QSRN Vivo 10-chave de licença: NVD10-L2000-KRU84. O estudo atendeu às normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob parecer nº 791.570. Todas as participantes foram instruídas quanto aos riscos, benefícios e objetivos do estudo, mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas. Foram garantidos o sigilo e o respeito ao anonimato das participantes.

RESULTADOS E IMPACTOS A partir do campo temático: Compartilhando os desafios do cuidado: expectativas socioculturais da mulher cuidadora do idoso (a) dependente, os resultados foram organizados em três categorias: 1- Diálogos com outras mulheres: uma ética para o cuidado familiar com o respeito às diferenças; 2- Diálogos para as pessoas que vivenciam semelhante ação de cuidado: Motivação para a participação social, em pró- equidade de gênero com respeito às diferenças 3- Diálogos com representantes governamentais: validar no cotidiano do viver/envelhecer, políticas públicas para mulheres com ênfase na ética e equidade nas diferenças. Na primeira categoria, apresentamos recomendações desveladas pelas mulheres para um viver ético de cuidado, o que se constitui como um

ato de respeito e dignidade humana, com sensibilidade para o sofrimento e ajuda para enfrentá-lo, superá-lo e aceitar o inevitável. As mulheres reivindicam a igualdade de oportunidades nas relações intrafamiliares, com incentivo ao autocuidado, acesso ao lazer e solidariedade do cuidado em partilha com outros membros da família. Este cuidado ético orienta uma prática humanizada entre as pessoas, considerando a necessidade de acolhimento e compreensão, enquanto escuta sensível, evitando, deste modo, o estresse no processo de cuidar. Na segunda categoria, discutimos que a motivação para a participação social, em pró-equidade de gênero com respeito às diferenças, se caracteriza pelo reconhecimento do desenvolvimento moral e suas diferenças naturais entre homens e mulheres, indicando uma ética de cuidado com a natureza da mulher e trazendo um perfil de responsabilidade, sensibilidade e possibilidade de adaptação para o homem. Isso se traduz por uma ação de justiça no processo de cuidar do idoso dependente, que alcança uma ética com justiça. Estas mulheres apontam a condição de cuidarem sozinhas dos seus idosos (as), embora em convivência familiar, o que as sobrecarrega e as deixam estressadas e doentes. Considerando que a maioria também vivencia a velhice, um quadro de comorbidades se revela enquanto consequência do cuidado solitário. Nesse contexto, as mulheres cuidadoras demonstram que desejam vivenciar um envelhecimento ativo com condições de ter saúde enquanto bem-estar, segurança física e emocional, e participação social junto aos grupos de interesse da sua comunidade. Por fim, na terceira categoria, as mulheres cuidadoras indicam a necessidade de políticas públicas que possibilitem as superações quanto às manifestações de cansaço físico e emocional, e consequente

estresse para a demanda de cuidados vivenciados. Estas políticas apontariam para a equidade no acesso aos serviços públicos e privados com garantia de aplicabilidade da Política Nacional de Humanização, considerando a demanda de necessidades de cuidado em saúde para o binômio idoso (a)/cuidador (a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS Mediante resultados, constatamos que a realidade do envelhecimento populacional brasileiro nos desafia a produzir políticas que respondam às necessidades das pessoas idosas e respectivas famílias cuidadoras, representadas neste estudo pela mulher. Concluímos que o papel de solidariedade do Estado às famílias que vivenciam a velhice, não visualiza as questões de gênero, nem as políticas públicas no reforço a família enquanto “cuidadora”. Uma realidade dicotomizada do mundo social representado pela esfera macro, o público com a força e valorização do masculino, e a esfera micro, as famílias e as mulheres, ainda prevalece, e carece de reconstrução. Apesar da existência de legislações que reconhecem o domicílio como lugar de cuidado à saúde do idoso e que apoiam a capacitação dos cuidadores (as) familiares, muitas famílias encontram-se desamparadas, buscando suporte social para atender as necessidades de saúde vivenciada pelos idosos (as) e respectivo (a) cuidador (a). Concluímos ainda, que o cuidado, do ponto de vista moral, consiste em uma postura ética frente ao mundo, em que se considera relacionamentos, comportamentos e modos de interação entre as pessoas, o que assume características morais ou não morais. Desse modo, a prática de cuidado humano revela-se como adaptável a todos e que não necessariamente depende de questões de gênero.

VULNERABILIDADES SOCIOAMBIENTAIS ASSOCIADAS AOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Estela Fátima Lunkes, Maria Assunta Busato

Palavras-chave: Populações vulneráveis, resíduos de serviços de saúde, enfrentamento

APRESENTAÇÃO: A problemática dos resíduos sólidos, incluindo os resíduos de serviços de saúde (RSS) tem adquirido mundialmente grande importância do ponto de vista legislativo. No Brasil esse movimento aparece na Resolução n. 306 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2004, na Resolução n. 358 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) de 2005, e mais recentemente, em Santa Catarina, na Resolução Conjunta do Conselho Estadual do Meio Ambiente (CONSEMA) e da Divisão de Vigilância Sanitária (DIVS) n.1, de 2013, que estabelecem a harmonização entre órgãos regulatórios de RSS, transferindo a responsabilidade do manejo aos geradores, com a adoção de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; SANTA CATARINA, 2013; CASTRO et al., 2014). Porém, mesmo com as legislações vigentes, as vulnerabilidades socioambientais associadas aos RSS são evidentes. Segundo Sánchez e Bertolozzi (2007) o conceito de vulnerabilidade refere-se à chance das pessoas adoecerem, como resultado de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, possuem relação com o coletivo, ou seja, a vulnerabilidade deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado. De acordo com Ayres et al. (2003) as análises das vulnerabilidades envolvem a ação integrada e articulada de três eixos: componente

individual, componente social e componente programático. Segundo Freitas et al. (2012) as condições de vulnerabilidade derivam de processos sociais e mudanças ambientais, resultantes de estruturas socioeconômicas que produzem condições de vida precárias e ambientes deteriorados, se expressando com menor capacidade de redução de riscos e baixa resiliência. Nesse sentido, as vulnerabilidades observadas na problemática dos RSS são de ordem individual, no que se refere ao grau de informação que os indivíduos dispõem sobre o assunto; vulnerabilidade socioambiental, resultado de condições de vida precárias, no caso dos catadores; e a vulnerabilidade programática, no que se refere às políticas, programas, aos compromissos das instituições e aos recursos e monitoramento nos diferentes níveis de atenção (SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2007). Diante deste cenário, este ensaio pretende apresentar as vulnerabilidades socioambientais associadas aos RSS. Contaminação do meio ambiente e propagação de doenças A problemática ambiental é reconhecida como uma das consequências da dinâmica e da estrutura social, e os riscos e perigos ambientais passam a ser considerados produtos de um sistema entrelaçado à trama social e fruto da modernização ecológica, da modernidade tardia e processos de segregação e desigualdade social (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2006). Nesse sentido, a destinação incorreta dos RSS causa degradação ambiental, decorrente do grande volume de materiais depositados que, ao menos em partes, poderia ser reaproveitado (MACEDO et al., 2007). Esse mau gerenciamento pode acarretar problemas que afetam diretamente a saúde da população, como a contaminação da água, solo, atmosfera, proliferação de vetores, além da saúde dos trabalhadores que têm contato com esses resíduos (GARCIA; RAMOS 2004). Nesse

contexto, diferentes microorganismos patogênicos presentes no RSS apresentam elevada resistência às condições ambientais, como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, vírus da Hepatite A e da Hepatite B (SILVA et al., 2002; GARCIA; RAMOS, 2004). O *Mycobacterium tuberculosis* é um importante patógeno encontrado, apresentando um tempo de resistência ambiental de até 180 dias na massa dos resíduos sólidos (SILVA et al., 2002). Além disso, grande quantidade de substâncias químicas, desinfetantes, medicamentos como antibióticos, amálgamas odontológicas e reveladores de raios x, podem estar presentes nos RSS e provocar aumento das populações bacterianas resistentes (GARCIA; RAMOS, 2004). Esses resíduos químicos não acondicionados recebem descarte no sistema de esgoto no momento de sua geração, sem menção a tratamento prévio, apresentando risco sanitário e ambiental (CASTRO et al., 2014). Entre os métodos adotados no gerenciamento dos RSS está a incineração. De acordo com Gouveia e Prado (2010), essa técnica é amplamente utilizada na destinação final dos resíduos, no intuito de diminuir seu volume e consequentemente, os custos com a logística e gerenciamento dos resíduos, além de prevenir o crescimento de microorganismos patogênicos e a proliferação de vetores de doenças. Por outro lado, a incineração de RSS produz quantidades variadas de substâncias tóxicas, como partículas, gases, metais pesados, compostos orgânicos, dioxinas e furanos, potencialmente carcinogênicos, que são emitidas na atmosfera (GOUVEIA; PRADO, 2010). Acidentes de trabalho com profissionais da saúde, limpeza pública e catadores Um dos problemas relacionados aos RSS é a inadequabilidade das práticas de biossegurança e do conhecimento dos trabalhadores sobre os riscos potenciais de

acidentes de trabalho. Muitos profissionais da saúde, assim como auxiliares de serviços gerais, tendem a negar a relação direta entre o trabalho desenvolvido e os problemas de saúde (BATISTA et al., 2012). A saúde do trabalhador está relacionada a acidentes de trabalho com perfurocortantes no momento da disposição desses resíduos, tanto dos profissionais da saúde, quanto dos trabalhadores das companhias municipais ou terceirizadas de limpeza, que manuseiam os resíduos mal gerenciados (GARCIA; RAMOS, 2004), aliado ao fato da ausência de utilização de equipamentos de proteção individual (CASTRO et al., 2014). Da mesma forma, a disposição dos RSS com resíduos comuns traz graves consequências aos catadores de material reciclável, que estão expostos a todos os tipos de contaminação presentes nesses resíduos. Os catadores também servem como vetores para a propagação de doenças contraídas no contato com os resíduos (GARCIA; RAMOS, 2004). Formas de enfrentamento das vulnerabilidades Considerando a população em geral, alguns grupos de indivíduos são especialmente vulneráveis à problemática dos RSS. Segundo Sánchez e Bertolozzi (2007) a vulnerabilidade e a capacidade fazem parte de um mesmo processo, relacionando-se à capacidade de luta e recuperação que um indivíduo pode apresentar. O nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a esse processo, repercutindo sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, potencializando ou diminuindo a vulnerabilidade. Assim, as vulnerabilidades distribuem-se de maneiras diferentes segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Nesse sentido, os profissionais da saúde, gestores, catadores, e população em geral, não se veem como público vulnerável, uma vez que desconhecem ou ignoram os riscos

potenciais do mau gerenciamento dos resíduos. O conhecimento acerca dos RSS, seu gerenciamento e os ricos potenciais a que a população está exposta, oferece o direito ao empoderamento que, segundo Sánchez e Bertolozzi (2007), se refere à participação política e institucional, econômica, estrutural histórica da sociedade e suas decorrências. Ascari et al. (2012) destaca a necessidade de programas de educação permanente e continuada junto aos profissionais, fomentando a qualidade de vida da comunidade e dos próprios profissionais. Da mesma forma, apresenta-se como uma possibilidade de renovação social, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Considerações finais Para a diminuição dos impactos causados pelo mau gerenciamento de RSS se faz importante o conhecimento das vulnerabilidades a eles associadas. Mesmo com as exigências legais, a redução de danos associados aos RSS se encaminha lentamente, talvez pelo fato de parte da sociedade não se sentir vulnerável aos riscos do manejo inadequado desses resíduos. O conhecimento, proporcionado pela educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, assim como dos gestores, para que estes sejam os propagadores de informações à população, gera o empoderamento, proporcionando o engajamento de todos os atores da sociedade no enfrentamento às vulnerabilidades socioambientais associadas aos RSS.

Relatos de Experiências

“ESTAMOS ARRUMANDO OU DESARRUMANDO A CASA?": REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO-DESCONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL EM UMA UBS "TRADICIONAL" DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Valéria Monteiro Mendes, Lourdes Aparecida D Urso, Tatiana Julio, Jaize Costa Aquino, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Angela Aparecida Capozollo, Débora Cristina Bertussi, Alexandre Pereira Cruce

APRESENTAÇÃO: “Vamos arrumar a casa ou desarrumá-la de vez?” Com as mudanças introduzidas pelo novo contrato de gestão da Secretaria Municipal de Saúde com as organizações sociais, o que vai mudar no serviço e nas ações em Saúde Mental? “será que o jeito que construímos nosso trabalho especialmente na Saúde Mental terá a ver com a nova lógica instituída?”; “qual o papel da UBS “tradicional” neste modelo de gestão?”; “como acolher e cuidar para além do imediatismo da consulta e da medicação? “O princípio do acolhimento a partir da nova gestão é mesmo acolhimento ou seria uma triagem da demanda?”; “qual será o futuro do trabalho em fonoaudiologia, psicologia e serviço social nas unidades tradicionais?”; “o que faremos diante das relações controladoras, competitivas, imediatistas e pouco solidárias que têm nos atravessado?””. Estas foram algumas das questões pautadas nos encontros entre os trabalhadores do serviço de saúde mental (SM) da UBS Jardim Seckler, os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial da região que realizam apoio matricial na Atenção Básica e os pesquisadores vinculados à pesquisa “Avalia quem pede, quem faz

e quem usa”. Esse estudo de natureza cartográfica, conduzido por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP tem como intuito discutir a produção do cuidado nos diferentes serviços que compõem a rede de saúde nos municípios de São Paulo (Região Sudeste), Campinas e São Bernardo do Campo. Uma das unidades estudadas em São Paulo, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Seckler foi inaugurada em 1985, sendo denominada tradicional por não contar com estratégia de saúde da família. Responde por um território de abrangência bastante heterogêneo. Há grande parcela de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com condições de vida indicadoras de privação social e vulnerabilidades diversas, mas ao mesmo tempo há um capital social relacionado aos movimentos organizados da população. O presente trabalho pretende discutir o momento de transição a partir do segundo semestre de 2015 com a mudança da gestão municipal para o regimento por contrato de gestão com a participação pela primeira vez de uma organização social (OS). DESENVOLVIMENTO: Um primeiro movimento foi a escuta dos profissionais estatutários e da gerente para conhecer o histórico e o funcionamento atual do serviço, com destaque para o processo de construção de um modo de operar o cuidado em Saúde Mental (SM). A unidade constituiu um pequeno núcleo de SM, que se tornou referência de atendimento para além da área de abrangência, incluindo outras UBS e a impulso comunidade de Heliópolis, entre 2002 a 2009. A insatisfação dos profissionais, o desejo de transformar o modelo de atenção após o desmonte do SUS (1996 a 2001) deu um primeiro para a mudança de processo de trabalho. O princípio do Acolhimento, pensado a princípio para ser um dispositivo de humanização e de abertura de acesso aos poucos, foi transformando o modelo na direção da inter/transdisciplinaridade, da clínica ampliada, da grupalidade e

da construção de projetos terapêuticos com base na vulnerabilidade individual e coletiva. A partir de 2009, a perda de funcionários tornou inviável a manutenção desse modelo para a SM. Mesmo com apenas três profissionais (assistente social, fonoaudiólogo e psicólogo) e com o apoio de matriciadores da rede a equipe de SM mantém até hoje princípios do modelo anterior, com ênfase na interdisciplinaridade, a clínica ampliada e formação de grupos, como grupos de acolhimento para crianças e familiares e grupo família (quatro encontros para a reflexão com os pais sobre rotina, história e proposições de ação em relação às questões identificadas no acolhimento de crianças que perpassam à família), convivência e alongamento/relaxamento para idosos. Ocorrem encontros com equipamentos educacionais e de outros setores para proteção à criança e ao adolescente. Para os profissionais de saúde mental que os conduzem os grupos são estratégias importantes para aprofundamento da escuta, combatendo a medicalização e caminhando em direção a produção de saúde. Entretanto, percebe-se que nem sempre há compreensão de todos os profissionais para o alcance e potencial desse modo de cuidar. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A partir do compartilhamento e da interação entre os pesquisadores e a equipe foi possível compreender os sucessivos momentos da história da unidade. Considerando que se trata de uma fase de transição e de reorganização do trabalho, percebe-se que os impactos têm sido pouco discutidos. Mesmo com algum investimento da gestão há poucos espaços contínuos de reflexão coletiva no serviço. Percebe-se ainda que a entrada da OS tem sido vista de forma positiva por alguns profissionais e usuários, principalmente pela possibilidade de contratação de profissionais. Contudo, outras questões, como os valores que orientaram o processo