

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

de trabalho já construído, não têm sido objeto de problematização, especialmente considerando o sentimento de abandono/desamparo e os relatos de pouca integração entre os trabalhadores do serviço. Assim, os movimentos de problematização decorrem de alguns profissionais vinculados ao serviço de SM, particularmente no que se refere à necessidade de produção de implicação pelos trabalhadores que vem sendo contratados. Fica claro que presença de mais profissionais não garante a produção de práticas acolhedoras, humanizadas e contextualizadas em relação às necessidades, aos interesses e os modos de vida dos usuários. O Acolhimento proposto a partir da vigência da OS necessita de refinamento da escuta e do aprendizado/produção de um processo de trabalho não fragmentado, de modo integrado aos outros espaços/ações do serviço como os grupos de SM. Seria essencial aproximação com as questões do território, em oposição ao imediatismo e à instrumentalização do cuidado, que produzem “triagem” e não acolhimento. Dados os sucessivos movimentos de construção-desconstrução-reconstrução do SUS em São Paulo, evidencia-se a necessidade de produção de sentidos sobre o cuidado a ser construído na UBS pelos trabalhadores e pela gestão. Fica evidente a necessidade de se valorizar espaços de trocas interprofissionais para a composição de projetos de cuidado mais sintonizados com os usuários e o território. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É possível perceber a abertura para o diálogo e o interesse para tal “construção-reconstrução”, por exemplo, a partir da nova gerência e de alguns profissionais, o que reforça a ideia de que cuidado e gestão não caminham dissociados. Entretanto, é necessário perceber que o futuro sobre o cuidado a ser produzido não está determinado simplesmente pelo novo contrato de gestão. Uma questão que surgiu dos encontros é a ausência de um projeto

claro para o modelo de UBS tradicional. Enquanto a Estratégia de Saúde da Família tem instituído o cuidado em SM por meio dos Núcleos de Saúde da Família, o modelo tradicional é pouco discutido, considerado e valorizado. A partir do entendimento que cuidado e gestão são indissociáveis e que o cotidiano do trabalho é um lugar de produção de disputas, de escolhas e no qual todos governam – profissionais, gestores, usuários – é premente que agenciamentos acerca de outros modos de cuidar sejam problematizados e fabricados coletivamente.

“MUTIRÕES” COMO ESTRATÉGIAS DE TERRITORIALIZAÇÃO E CADASTRAMENTO: EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Gabriela Favero Alberti, Diogo Vaz da Silva Junior, Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo, Camilla Ferreira do Nascimento, Daniel Canavese de Oliveira

Palavras-chave: Territorialização, Saúde da Família, Trabalho em Equipe

APRESENTAÇÃO: O presente relato de experiência versa sobre o apoio técnico-pedagógico de Residentes de Saúde Coletiva às estratégias de sistematização do cadastramento de pessoas adstritas no território de atuação de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Porto Alegre/RS. Objetiva-se discutir sobre o planejamento, a sistematização dos cadastramentos e o processo de territorialização a partir da elaboração estratégica de “Mutirões”, realizados com a colaboração dos trabalhadores de uma equipe de saúde da família conjuntamente com os Residentes de Saúde Coletiva. O Programa de Residência Integrada e Multidisciplinar em Saúde Coletiva da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul/EducaSaúde envolve a aproximação dos profissionais-residentes com os cenários de prática vinculados as Redes de Atenção em Saúde (RAS), com ênfase no planejamento setorial, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, entre outros. Em abril de 2015, dois Residentes integraram as atividades de uma USF que recentemente adotou a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde vigente. Para contextualizar, a Saúde da Família representa o contato preferencial de usuários na RAS do município, sendo composta por uma equipe multiprofissional responsável pelas demandas sanitárias de um território de abrangência pré-definido e pelo enfrentamento de determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, a partir do desenvolvimento de ações de assistência à saúde das famílias que vivem em sua área de atuação. A transição de Unidade Básica de Saúde (UBS) para USF implica na mudança da gestão do processo de trabalho da equipe. Com isso, as práticas de saúde deixam de focar a assistência à queixa principal de uma pessoa no viés biologicista e passam a incorporar a lógica da vigilância em saúde de uma área específica, de modo que esta seja base do planejamento das ações de saúde coerentes com o perfil populacional e as necessidades de saúde dessa comunidade. Nesse sentido, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de Saúde da Família possibilitou o acompanhamento direto no âmbito domiciliar, com vista a conhecer as características dessa população e identificar grupos prioritários, além de realizar o processo de territorialização. Esse processo consiste no cadastramento e adscrição de uma população a ser assistida e na delimitação do território em microáreas, a fim de facilitar a organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde. Ainda que o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilize o número de pessoas do território e este seja usado para delimitar as áreas de atuação de cada unidade de saúde, é responsabilidade das equipes mapear e conhecer as pessoas que efetivamente vivem em sua área de abrangência. Visto isso, duas estratégias foram planejadas e executadas com a finalidade de contribuir com o trabalho iniciado pelos ACS, que consistem no Mutirão dos Prontuários e no Mutirão do Cadastramento. Ressalta-se que o termo “Mutirão” foi utilizado neste trabalho na compreensão de mobilização coletiva, de caráter voluntário, para auxílio mútuo de determinada ação. O Mutirão dos Prontuários consistiu no levantamento dos 1300 prontuários de famílias que buscaram, em algum momento de suas vidas, o atendimento na USF, desde o período que esta atuava como UBS. Vale destacar que cada prontuário possui um número de identificação que se refere ao número da família e não ao endereço domiciliar. Os endereços de cada família, por sua vez, estão identificados nas fichas de evolução médica anexadas ao prontuário em questão. Sabendo disso, os prontuários foram revisados um a um, sendo identificado: as famílias cadastradas pelos ACS; as famílias não cadastradas moradoras do território de abrangência; as famílias fora de área; as famílias que continham mais de um endereço registrado nos prontuários médicos; e os prontuários não encontrados. Todas essas informações foram sumarizadas em um arquivo de Excel, possibilitando a visualização do quantitativo de prontuários familiares ativos e pessoas que acessam (ou não) a unidade de saúde. Concomitante a essa estratégia foi realizado o Mutirão de Cadastramento. Para auxílio dessa atividade, o mapa vivo do território foi bastante útil, uma vez que consiste em um instrumento didático construído pelos ACS para representar, além das delimitações

geográficas do território, sua situação social, ambiental e os grupos populacionais com condições de saúde estabelecidas (hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças). Nesse mapa, as casas pintadas equivalem aos domicílios já cadastrados e as demais se referem a casas fechadas, ou seja, quando os moradores não se encontraram na ocasião. Para a realização deste Mutirão, os ACS, Residentes e demais membros da equipe, organizaram uma escala semanal em que cada turno seria destinado a um recorte do território-área a ser percorrido de modo a efetivar os cadastros àqueles domicílios até então não realizados. Acredita-se que com o avanço oportunizado por estas duas estratégias, seja possível imprimir uma representação mais precisa do território e, assim, possibilitar o remanejamento da divisão das microáreas considerando os aspectos de: acesso, população adscrita, determinantes sociais de saúde, característica dos grupos populacionais com condições de saúde estabelecidas. É importante evidenciar que o levantamento realizado pelo Mutirão dos Prontuários deu subsídios para o planejamento das ações do grupo responsável pelo Mutirão de Cadastro, uma vez que se tinha em mãos o endereço das famílias com prontuários ativos na USF, mas que não possuíam cadastramento efetuado. Além disso, o grupo envolvido na tarefa identificou outras situações que puderam facilitar o processo de cadastramento no território. Os Mutirões acima descritos foram formas de sensibilizar os trabalhadores frente à pluralidade dos modos de viver das pessoas residentes no espaço de atuação. Ainda que os ACS sejam os trabalhadores imersos no cotidiano da vida das pessoas não é sua atribuição exclusiva conhecer o território e a população de responsabilidade sanitária. Por fim, o envolvimento dos trabalhadores da equipe de saúde a participar do processo de territorialização e mapeamento do território

de atuação possibilitará a construção de indicadores que expressem as condições de saúde da população atendida pela USF, conforme a legislação vigente indica como atribuição comum entre os membros de uma mesma equipe. Estas informações sobre as áreas e seu potencial de risco e vulnerabilidade serão consideradas quando a etapa de remanejamento da divisão das microáreas for iniciada. O resultado da sistematização pôde ser utilizado como instrumento de trabalho, pois permitiu a atualização e alteração das informações inseridas referente ao cadastramento, formando, assim, um banco de dados para toda equipe ter acesso.

(RE)SIGNIFICANDO O CUIDADO EM SAÚDE NAS PORTAS DE ENTRADA DAS EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A RELEVÂNCIA DO PROGRAMA PERMANECER SUS NO FORTALECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO

Ismael Oliveira de Araújo, Angelo Mendes Ferreira

Palavras-chave: humanização, saúde, acolhimento, cuidado em saúde, integralidade

APRESENTAÇÃO: Este trabalho objetiva relatar a relevância do Programa Permanecer SUS e suas práticas acolhedoras no contexto da humanização nos estabelecimentos de saúde e também seus impactos na reorientação do cuidado em saúde e formação em saúde. O Programa Permanecer SUS é uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que contempla o fortalecimento da política nacional de humanização e melhora no atendimento nas emergências de hospitais e maternidades no município de Salvador, Bahia, por meio do acolhimento mediante escuta qualificada. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A

humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) é pautada em uma política nacional como um meio de fomento de relações interpessoais entre profissionais, usuários, comunidades e estabelecimentos de saúde visando o bom funcionamento do sistema, baseadas na complexidade de se enxergar a saúde, tentando abarcar as necessidades emocionais, psicológicas e sociais dos integrantes do SUS. As práticas de humanização nos serviços das unidades de saúde tentam intervir nos reflexos do modelo de saúde regido pelo sistema capitalista, que prega o modelo mecanicista da vida, curativismo e o individualismo; neste modelo hegemônico em sua concepção cartesiana o corpo vivo é constituído de partes separadas, que usualmente dão defeitos e precisam de intervenção médica para reparo e concerto, excetuando assim o lado biopsicossocial do processo saúde e doença. O programa Permanecer SUS é uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que surgiu como resposta ao problema concreto da insatisfação dos usuários do SUS quanto ao atendimento ofertado nas portas de entradas das emergências de hospitais da sua rede na capital baiana, Salvador. Este programa visa o fortalecimento da política Nacional de Humanização e implementação do acolhimento nas emergências por meio da escuta qualificada. O programa foi implantado no ano de 2008 e hoje é realidade em hospitais, maternidades e centros de referência, tendo como mediadores deste processo de acolhimento na prática, estagiários da modalidade não obrigatório, dos cursos de saúde oferecidos instituições de ensino superior, tais como: medicina, medicina veterinária, bacharelado interdisciplinar em saúde, saúde coletiva, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, odontologia, enfermagem, biomedicina, educação física, terapia ocupacional, psicologia e serviço social. Os

estagiários são bolsistas do programa com duração de um ano com processo seletivo via concurso público. A composição da carga horária é dividida em atividades práticas nas unidades de saúde e educação permanente, que é uma política pedagógica de ensino e aprendizagem no campo do trabalho em saúde que produz a articulação do trabalho, ensino e cidadania, além da integração multiprofissional, consistindo em uma tecnologia bastante relevante no que tange ao fortalecimento da humanização e sendo um espaço motivador e de interação entre os estagiários do permanecer SUS. O Cuidado em Saúde diferenciado na prática humanizadora do Permanecer SUS é pautado na integralidade das ações e serviços de saúde frente aos problemas de saúde e necessidades da população; esta atenção à saúde integral deve ser baseada nas necessidades dos usuários que vão desde a saúde biológica, perpassando pela garantia de acesso aos serviços de saúde e tecnologias disponíveis, desenvolvimento de vínculo nas equipes de trabalhos e usuários e o empoderamento dos sujeitos na gestão da própria vida que permeia os saberes populares e o técnico-científico, sem imposição dos trabalhadores da saúde. Portanto, para o alcance dessa rede de produção de cuidados, a escuta qualificada e o acolhimento devem ser fortalecidos. O programa que vem sendo discutido interage nesse papel de mediador no tripé: serviço, usuário e gestão. Um dos campos de atuação do programa Permanecer SUS em Salvador ocorre na Maternidade Albert Sabin (MAS), situada no bairro de Cajazeiras, um dos mais populosos do município. Esta maternidade cobre três distritos sanitários, porém atende com demanda aberta. A maternidade ainda possui vinculação de pacientes a unidade, um dos princípios da Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que se dispõe a implementar uma rede de cuidados que assegurem

às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, também assegurando as crianças nascimento seguro e desenvolvimento saudável. A deficitária de cobertura e ordenamento da atenção primária no município, assim como os problemas na estrutura, gestão e quantitativo de leitos disponíveis das maternidades, leva à sobrecarga no atendimento da emergência na Maternidade Albert Sabin, que somando a estrutura ineficiente da mesma, estruturação do cuidado em saúde aos moldes biologicistas e curativistas e aos diversos fatores que levam a violências obstétricas nas unidades obstétricas, culminam em insatisfação quanto ao atendimento e desumanização na assistência a saúde para este público específico de crianças e mulheres que estão em um estágio psicossocial bastante vulnerável. O grupo de estagiários presentes na maternidade Albert Sabin (no ano 2015) é composto de nove estagiários oriundos de graduações e instituições de ensino distintas que realizam acolhimento mediante escuta qualificada na porta de entrada da sua emergência, que vão além de ouvir, ver e entender as usuárias que chegam a unidade, mas escutam, enxergam e compreendem as nuances perceptíveis com uma escuta qualificada baseada na integralidade e conceito ampliado de saúde; compartilhando saberes e firmando vínculos com usuários e trabalhadores na busca da melhoria do atendimento, resolução de problemas e humanização. **IMPACTOS:** O programa contribui para a interação ensino e serviço dos estudantes de graduação e os trabalhadores do Sistema de Saúde, além de propiciar um elo, vínculo e interação dos usuários com os profissionais e as unidades de saúde, culminando em humanização, inclusão social, acolhimento e reorientação da formação em saúde. O programa ainda articula ensino, serviço, trabalho e gestão através do acolhimento, condicionando

assim a formação de futuros profissionais de saúde em consonância aos princípios de diretrizes do SUS ligados às demandas reais da sociedade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A produção do cuidado é intrínseca ao direito a saúde com os princípios de qualidade integralidade e equidade com o papel do exercício da cidadania e respeito à individualidade dos usuários de saúde que deve ser baseado nas necessidades dos mesmos, para que se faça a resolubilidade dos problemas pelos serviços e ações disponíveis e necessários. O programa Permanecer SUS é uma experiência ousada e inovadora que reinventa os processos de cuidado que além de propor reorientação da assistência à saúde nas emergências, acaba por interferir positivamente no processo de trabalho e gestão dos profissionais de saúde e na formação em saúde dos graduandos da área de saúde, indo em contrapartida com a saúde que é não pensada na integração das questões socioculturais, econômicas, ambientais e psicológicas.

A AFIRMAÇÃO DA PERSPECTIVA CRÍTICO-DIALÉTICA NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTUDOS DE CASOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA (HUAB)

Marceane de Azevedo Silva

Este trabalho é proveniente das reflexões desenvolvidas por assistente social na atuação da política de saúde e, especificamente, com equipe multiprofissional do HUAB. Tem-se como objetivo abordar, sucintamente, a experiência vivenciada pelos profissionais de Serviço Social em sua contribuição na análise biopsicossocial a partir da metodologia de estudo de caso de usuários da pediatria no referido Hospital. Através da intervenção com usuários no setor de pediatria do HUAB, constata-se que o usuário, o qual

se encontra em internamento, apresenta diversas demandas interligadas que vão além dos aspectos clínicos e individuais. E nesse sentido, a política social de saúde no Brasil aponta essa situação quando referencia os determinantes e condicionantes da saúde como um conjunto de direitos. Com a compreensão do ser social em sua complexidade aliada ao dever do Estado de prestar atendimento integral a equipe multiprofissional, que atende as crianças e adolescentes internados no HUAB evidenciou a necessidade de aprofundar o conhecimento do contexto biopsicossocial no qual os usuários estão inseridos. A metodologia adotada pela equipe para esse aprofundamento é desenvolvida conforme descrito a seguir. Após visita(s) de cada profissional aos leitos dos usuários internados é realizada uma reunião semanal com a equipe multiprofissional. A equipe é formada por assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, enfermeiros, médicos e graduandos em Enfermagem e Medicina. Vale salientar que essa equipe é composta por funcionários do hospital, estudantes de pós-graduação das Residências Multiprofissional, Médica e graduandos. Nessa reunião, os representantes das várias profissões socializam informações pertinentes a sua atuação e a interação dessas informações consiste no estudo de caso. Durante o estudo de caso, é apreendido com maior profundidade o aspecto biopsicossocial dos usuários em seus contextos familiar, comunitário e de acesso a serviços sociais. As etapas principais da atuação dos assistentes sociais no HUAB junto aos usuários hospitalizados são: análise de contexto, identificação das demandas e intervenção. Vale salientar que essas etapas não são estanques, mas processuais e inter-relacionadas. Optou-se por elencá-las dessa forma apenas para fins didáticos. A seguir e de maneira breve será tratado sobre elas.

No tocante a atuação dos assistentes sociais nos estudos de casos, o primeiro passo é a aproximação da realidade sociofamiliar dos usuários. Essa aproximação se dá através da aplicação das técnicas de entrevista social, observação técnica e escuta qualificada, em diversos atendimentos. Nesse momento, é importante ter claro o direcionamento ético-político da categoria, norteado por meio do compromisso com o Código de Ética do Assistente Social. Dessa forma, a atuação se pauta numa compreensão da realidade a partir do aporte teórico crítico-dialético, que aborda os sujeitos em processos de desigualdades característicos da lógica societária vigente. Assim, a apreensão dos contextos vivenciados pelos usuários se dá de forma a buscar a correlação com a totalidade dos processos de conjuntura e estrutura societária. Nesse sentido, o profissional, ao realizar a análise desses contextos, deve se distanciar de pensamentos preconcebidos, pois isso recai em uma análise enviesada da situação e, conseqüentemente, em todo desenvolvimento da intervenção. É mister assinalar que, mesmo após as análises realizadas, o assistente social tem claro que o contexto assimilado é sempre menos complexo que o contexto real. Essa afirmação permite explicitar, a princípio, que: o real pensado é limitado, no tocante ao desvelamento de sua complexidade; e quanto maior o contato com os sujeitos envolvidos mais próxima do real será a análise. Para o Serviço Social, a análise do contexto vivenciado pelos sujeitos permite, sem prejuízo de outros fins, a identificação de demandas. A partir da experiência profissional, constata-se que as demandas postas ao Serviço Social estão imbricadas nas relações de desigualdades inerentes ao sistema societário capitalista. Essas relações se expressam nas diversas formas violências e nas contradições vividas pelos sujeitos. A partir da identificação das demandas, o assistente social traça estratégias, dentro dos seus limites e possibilidades profissionais.

Ou seja, elabora uma intervenção prática. O atendimento das demandas dos usuários internados no HUAB possui como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. E com esse aporte, o assistente social busca em sua intervenção viabilizar a defesa e garantia do pressuposto jurídico-normativo e, em sentido mais amplo, do direito a partir dos parâmetros da efetivação da dignidade humana. Em todo momento de atuação profissional no referido hospital, o assistente social estabelece relações com as outras profissões. Na reunião de estudo de caso, o diálogo com as diversas profissões permite a explanação e conhecimento aprofundado dos casos e intervenções interligadas e complementares. Essa interação interdisciplinar tenta compreender a saúde em seu conceito ampliado, conforme direcionado pelo movimento de reforma sanitária e preconizado pelo SUS. Mesmo com os avanços conquistados, evidenciam-se desafios a serem superados. Os desafios estão presentes em vários níveis do exercício profissional, desde as relações entre as profissões até elementos macrossistêmicos. Apesar dos entraves, é importante enaltecer o compromisso com a população e, para tanto, a prestação de serviços de qualidade. Observa-se crescente demanda para o Serviço Social na saúde e a necessidade de afirmação e comprometimento da categoria com o projeto ético-político como norte de atuação. Diante disso, a aproximação constante com as bases teóricas e éticas e o aperfeiçoamento das práticas metodológicas e operativas são fundamentais para a busca pela materialização dos preceitos da profissão. Ademais, no que tange principalmente aos estudos de casos, percebe-se o desenvolvimento de ações mais qualificadas provenientes do exercício conjunto das diferentes profissões. A partir da experiência de atuação nos estudos de caso, enquanto prestação de atendimento aos usuários internados no HUAB, comprovam-se que o Serviço Social em sua compreensão de contextualização possibilita realizar os

encaminhamentos e traçar estratégias junto aos usuários na viabilização da garantia dos seus direitos. A profissão se apóia em práticas que apreendem os usuários enquanto sujeitos de direitos e se distancia de condutas estigmatizantes, autoritárias e preconceituosas, buscando o respeito às particularidades e autonomia. Dessa forma, o exercício profissional cumpre o papel de empenhar-se na e para qualidade dos serviços ofertados e no cumprimento do atendimento integral.

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O OLHAR DO USUÁRIO

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

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, PMAQ, Escuta Qualificada

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito 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. A realização do projeto se constituiu em visitas semanais em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) 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 e o processo de vinculação deste usuário com a unidade de saúde. A proposta de ouvir o usuário parte da compreensão de que esse sujeito deve participar, juntamente com gestores e trabalhadores do desenvolvimento de ações que promovam a melhoria e a qualidade dos serviços prestados pela ESF e também por todo o sistema de saúde do país. Partindo

desse entendimento o usuário acaba sendo uma via de comunicação que pode apresentar pontos positivos, negativos e propostas de soluções que se relacionam ao serviço prestado pela unidade. A pesquisa desenvolveu-se a partir da promoção da escuta dos relatos dos usuários, tendo como objetivo compreender e analisar tais falas para pensar na melhoria da qualidade do acesso da atenção básica. O projeto se delineia a partir dos objetivos do PMAQ AB, que promove ações e avaliações que favorecem a oferta de um serviço de saúde com qualidade. O Objetivo principal era proporcionar uma escuta ativa ao usuário para possibilitar a indicação de melhorias, tanto no que se refere a tecnologias relacionais como as questões organizacionais. **METODOLOGIA:** A pesquisa se constitui em uma abordagem qualitativa, diretiva, sendo executada através de levantamento de percepções por meio de entrevistas semiestruturada, utilizando como parâmetro o Documento Síntese para Avaliação Externa PMAQ-AB (BRASIL, 2012). **RESULTADOS:** As entrevistas com os usuários se constituíram em um modo de inserir esses sujeitos no processo de melhoria e qualidade do acesso da unidade de saúde. Foram destacados por estes, importantes pontos relacionados a aspectos tanto positivos como negativos da qualidade do atendimento, estrutura física e acesso, além de serem elencados pelos usuários possíveis soluções para os problemas apontados. No desenvolvimento da pesquisa foram observados aspectos semelhantes que eram reportados em perspectivas diferentes, como por exemplo, quando eram questionados sobre a qualidade de um modo geral, alguns diziam que não tinham do que reclamar apenas apontando pontos positivos e outros apontavam apenas pontos negativos e por vezes esses posicionamentos se repetiam, nos diferentes aspectos em que eram abordados pelos estagiários.

Referente a avaliação dos aspectos, observou-se que o ponto mais destacado se relacionava a qualidade do atendimento de porta de entrada, onde diversos usuários relataram experiências negativas com os trabalhadores da unidade. De acordo com a fala dos usuários foi identificado problemas relacionais entre usuário/trabalhador, advindos das dificuldades de comunicação, ao acesso a informações concisas, sendo entendido pelo usuário como pontos negativos para a qualidade, pois na visão do usuário não há relação empática nesta relação. Ainda a respeito da qualidade do atendimento, existem diversas reclamações sobre o tempo de espera, dificuldade de conseguir atendimento, consultas desmarcadas de última hora e falta de profissionais. Em contrapartida diversos usuários relataram que o atendimento é de qualidade. Em relação à estrutura física e ao acesso, há também divergências, pois alguns usuários relatam que a unidade precisa de reformas, de mais acentos na recepção, difícil acesso devido a distância de suas casas e falta medicamentos. Na avaliação de outros usuários a unidade tem uma boa estrutura física e é de fácil acesso, pois além de ser bem localizada tem um ponto de ônibus próximo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante o período de atuação na ESF, pode-se analisar as dificuldades relacionadas a ambiência e ao acolhimento, como a falta de infraestrutura não havendo acento suficiente para todos, a falha de comunicação entre recepção/usuário tornando as informações insuficientes e confusas, mas também se destacam as experiências exitosas relatadas pelos usuários. Existem divergências entre os relatos, de maneira que não é possível realizar um plano de intervenção sem conhecer as diferentes posições na relação gestor/trabalhador/usuário. Sendo assim é importante fortalecer as relações e promover o modelo de cogestão preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) onde gestor, trabalhador e usuário

devem trabalhar unidos para a construção de modos de pensar e fazer saúde, para a promoção de um sistema de saúde integral, equânime, resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2009; 2010).

A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Milene Ribas Almeida, Elisete Cristina Krabe, Daisiane Casarotto, Priscila Rodrigues da Silva, Aimê Cunha, Acadêmicos Fisioterapia

Palavras-chave: Bioética, Proteção da Saúde, Doença crônica, Estratégia de Saúde da Família

Introdução: A Bioética da proteção, proposta originalmente na América Latina, é baseada na recuperação do conceito de ética. Traz a marca de uma Bioética que nasce em países periféricos, com uma população empobrecida, com poucos recursos. Assegura o direito à autonomia, em relação às populações desassistidas (SCHRAMM & KOTTOW, 2001). A Bioética da proteção entende que o contexto socioeconômico no qual se situa a população, marcado por grandes desigualdades, precisa ser levado em conta nas decisões de saúde pública nas quais a proteção da população mais suscetível, descapacitada ou vulnerável deve ser obrigação moral que orienta as ações (REGO, PALÁCIOS & BATISTA, 2009). O objetivo do estudo é descrever e analisar a integralidade do cuidado e a promoção da saúde dos sujeitos portadores de doenças crônicas, cadastrados na ESF Toríbio Veríssimo, município de Cruz Alta/RS, construindo ações de educação e saúde capazes de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais e coletivos, executando medidas de promoção e proteção da saúde. Descrição

da experiência Projeto de Pesquisa e Extensão, com características de um estudo descritivo e analítico de rastreamento epidemiológico observacional que seguiu o modelo de atenção centrado na pessoa (STEWART, 2010). A observação participante proposta por Demo (2004) permeou todas as atividades, captando uma variedade de situações ou fenômenos que auxiliaram na compreensão dos sujeitos do estudo. Os dados foram coletados em visita domiciliar explorando os quatro componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa (explorando a doença e a experiência da doença, entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e incorporando prevenção e promoção e promoção de saúde). Através dos resultados encontrados buscamos qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação. Elaboramos e realizamos um plano de educação para a saúde com o objetivo de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais e coletivos, executando medidas de promoção e proteção da saúde, nas quais a construção conjunta do plano de cuidado detalhando problemas, prioridades, objetivos e papéis, do ponto de vista da pessoa e do profissional, foi o alicerce fundamental. Este plano constou de atividades lúdicas, oficinas pedagógicas, orientações individuais e em grupos, distribuição de folders com informações quanto aos cuidados, sintomas e prática de exercícios terapêuticos. Todas as intervenções e atividades realizadas foram executadas pelos acadêmicos do Curso de Fisioterapia da UNICRUZ, disciplina de Bioética e Deontologia, Agentes Comunitários de Saúde e equipe de profissionais atuantes na ESF Toríbio Veríssimo. Resultados e/ou Impactos: O projeto avaliou 40 pacientes

com doenças crônicas, cadastrados na ESF Toríbio Veríssimo, sendo 37,5% (n=15) do gênero feminino e 62,50% (n=25) do gênero masculino. Entre as patologias crônicas teve destaque as sequelas de AVE (hemiplegia), DBPOC, a hipertensão arterial e diabetes. Ao explorar a doença e a experiência da doença foi observado que a maioria não praticava nenhum tipo de atividade física levando ao agravamento das suas condições de saúde, sendo que o sentimento predominante relatado foi tristeza por necessitarem de cuidados de outros para suas AVDs. Outro dado significativo foi a necessidade que todos relataram de um atendimento integral que contemple suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à sua doença crônica. O atendimento integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e constituindo-se como um desafio na caminhada de construção do sistema (PINHEIRO & MATTOS, 2005; BRASIL, 2013). O plano conjunto de manejo dos problemas, elencando problemas e prioridades, foi elaborado por toda a equipe do projeto (acadêmicos da fisioterapia, agentes comunitários da saúde e equipe de profissionais da ESF). Buscamos incorporar prevenção e promoção de saúde, com a prática de ações que melhorem a saúde, prevenindo riscos, reduzindo riscos e melhorando o bem-estar dos envolvidos. Considerações Finais: Ser realista quanto ao atendimento centrado na pessoa portadora de doenças crônicas, implica no domínio de vários elementos da arte da atenção à saúde. Reconhecer o melhor uso do tempo, instrumentos, ações de educação e saúde, flexibilidade e prontidão para tratar cada problema são essenciais. O trabalho em equipe e a formação de equipes de forma efetiva também contribuíram para que atuássemos realisticamente. Trabalhar em equipes interdisciplinares, colaborativas, pode ser um meio mais efetivo de prestar

atendimento às pessoas com doenças crônicas. A proteção que buscamos neste projeto, foi vista como o resgate do sentido de cuidados com os outros, em vista de prevenir maior adoecimento e de promover bem-estar. A ética do cuidar que buscamos pressupõe relações humanas no interior das equipes da ESF Toríbio Veríssimo, que respeitaram as especificadas técnicas de cada profissional e promoveram a reflexão sobre as questões morais de forma aberta e igualitária, identificando-se ações desenvolvidas dentro de cada realidade e possibilidade e reconhecendo a importância da família e/ou cuidador como membro da equipe. As atividades realizadas nos domicílios permitiram ao acadêmico da fisioterapia vivenciar os aspectos de ensino aprendizagem na saúde coletiva com os cenários de prática, com visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade.

A BUSCA DE POROSIDADES NO TRABALHO EM SAÚDE- PROJETO ONCOREDE

Silvia Maria Santiago, Maria da Graça Garcia Andrade

Palavras-chave: trabalho em rede, território, território da saúde, cuidado em saúde

O território da saúde caracteriza-se por normas, técnicas, tempos, processos e formas de se relacionar que vão configurando uma cultura, que se impõe e condiciona as relações para dentro e para fora deste território. Num cenário com estas características, o trabalho se desenvolve com roteiro pré-estabelecido que, muitas vezes, impede que os profissionais enfrentem novas demandas do território, ou mesmo que busquem a satisfação de seus desejos de maior conexão com os usuários e os outros profissionais, ou seja,

uma expansão do seu próprio território de atuação em direção ao outro. Esta forma de organização do trabalho nos serviços de saúde caracteriza os diferentes territórios da saúde, como o da atenção básica, do hospital geral, dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares e, também, os territórios da gestão, que desejam capturar e definir a atuação nos outros territórios. Há a idealização de uma porosidade nos serviços que os qualificariam para o trabalho em rede, mas a realidade tem mostrado uma atuação isolada dos serviços de saúde e uma dificuldade em compreender onde estão suas franjas e as dos outros serviços, que permitiria o encontro e a conexão para trabalhos conjuntos e compartilhados e para a ampliação das ações, de forma a se constituir novos territórios de saúde, híbridos e permeáveis à relação com os territórios dos usuários. Um encontro do tempo célere das técnicas, especialmente as da saúde, com o tempo dos homens lentos ou lentificados pelo adoecimento. O presente estudo faz parte de um projeto que se desenvolve na região de Campinas-SP e que buscou identificar os pontos de porosidade dos serviços de saúde através do trabalho dos seus profissionais, no sentido do estabelecimento de relações entre equipes de diferentes serviços, fazendo com que o desejo de ampliar a qualificação da atenção refletisse na produção do cuidado a pacientes com câncer. A região de Campinas, SP, apesar de populosa e do envelhecimento da população e progressivo aumento do número de casos de câncer, não teve aumento da estrutura assistencial de forma a fazer frente à demanda que foi se apresentando. Nesta região, os diagnósticos têm sido tardios e a mortalidade por câncer maior do que o esperado para uma região desenvolvida e com redes locais de saúde estruturadas. O projeto OncoRede buscou compreender o trabalho realizado nas redes municipais e nos serviços oncológicos na perspectiva de uma parceria que ampliasse

o acesso e qualificasse a atenção. Por parte das redes municipais percebeu-se muito receio em se abrir para o cuidado aos pacientes com câncer, no entanto havia sempre uma história pessoal ou familiar ligada à doença e o desejo de um contato maior com os profissionais do serviço especializado, que poderiam ampliar a capacidade dos profissionais locais para o cuidado aos pacientes com câncer. Por parte dos profissionais dos serviços especializados encontrou-se o desejo de partilhar o cuidado, junto com o receio de que a qualidade da atenção não fosse mantida nos municípios. Claramente havia a necessidade de reconhecimento entre esses sujeitos de diferentes territórios da saúde, de forma a poderem partilhar seu trabalho. Por parte dos usuários havia a queixa de invisibilidade nos municípios, cujas equipes se relacionavam com eles muito mais através do sistema de transporte que os levava para os serviços oncológicos e raramente atentos às outras necessidades de saúde além das impostas pelo câncer. Os relatos de gestores que passaram a identificar os pacientes com câncer nos municípios foram muito significativos e reafirmavam os relatos dos profissionais das redes locais que receavam o manejo desses pacientes, que poderia agravar sua condição. Estava claro que a questão de comunicação era central e restava saber qual a melhor forma de colocar em relação esses profissionais que transitam por diferentes territórios da saúde, mas encontram identidade comum no cuidado dos pacientes. E foi através desse cuidado que se identificou um primeiro ponto de porosidade entre as equipes dos serviços especializados e dos municípios. Uma surpresa inicial: a quantidade e qualidade de diferentes profissionais de saúde trabalhando nas redes municipais. Isto permitiu que a complexidade multiprofissional da atenção ao paciente com câncer pudesse estar presente em boa parte dos municípios. Estes

diferentes profissionais foram combinando suas necessidades de entendimento do seu papel no cuidado ao paciente com câncer e o projeto OncoRede permitiu a realização de encontros que trabalhavam a tradução dos cuidados especializados para as redes locais, de forma a incluir os profissionais na rede de cuidados e só deslocar os pacientes com câncer ao serviço de referência quando a linha de cuidado assim o exigisse. Este território de relações entre os profissionais dos municípios e os do serviço especializado possibilitou o desenvolvimento de várias ações de cuidado compartilhado. Os profissionais dos serviços oncológicos acabaram por demandar também um olhar para seu processo de trabalho, carregado de tensões e sofrimento. Na atividade de aproximação entre os profissionais e serviços, criando um território comum de convívio e de desenvolvimento de atividades que qualificaram a atenção a pacientes com câncer da região, os gestores tiveram importância significativa, facilitando a ampliação das relações, acolhendo reuniões locais e fazendo que a região toda se misturasse mais. Como fruto desse trabalho inicial, um dos municípios participantes e dos mais distantes do serviço especializado de referência, com a ajuda do projeto OncoRede, desenvolveu parceria com o governo estadual e o serviço especializado e, juntos, organizaram um serviço para quimioterapia e cuidado paliativo. A ideia inicial era poupar da longa viagem ao serviço especializado mulheres com câncer de mama em fase de cuidados paliativos. A ideia foi transportar o quimioterápico e não as pessoas, garantindo a presença do oncologista clínico do serviço especializado e cuidados de enfermagem, nutricionais, fisioterápicos, saúde mental e serviço social, conforme as necessidades individuais e familiares e estar bem próximo de casa. O serviço já funciona há seis anos e foi aos poucos respondendo à demanda e se transformando num serviço mais

completo, ligado ao centro especializado de referência. As pontes que foram sendo construídas tiveram grande protagonismo dos profissionais de todos os serviços para sua efetivação e a OncoRede tem sido uma identificadora de porosidades e ativadora de relações advindas dos desejos de expansão existentes nos distintos territórios da saúde.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A MIOPIA DOS CARTAZES PADRONIZADOS: EXISTE TRATAMENTO?

Elisângela Luna Cabrera, Natali Portela, Cibele Moura Sales, Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Palavras-chave: educação em saúde, saúde indígena

APRESENTAÇÃO: Em meados de 1920 iniciaram-se no Brasil as primeiras ações de caráter educativo com vistas a minimizar a propagação de doenças. Baseados na premissa de que basta o indivíduo saber quais comportamentos são patológicos para deixar de praticá-los e, logo, substituí-los por outros hábitos considerados saudáveis, o Estado começou a utilizar-se de uma tecnologia educativa a qual faz uso até hoje: o cartaz informativo. Sejam voltadas a população em geral ou a públicos específicos, as campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde frequentemente empregam algum recurso imagético aliado a textos escritos em sua propagação. No presente texto apresentamos breves ponderações a respeito desse tipo de estratégia a partir de experiências de trabalho em um serviço de saúde voltado para a população indígena da região sul do Mato Grosso do Sul, somadas as reflexões despertadas durante o nosso curso de mestrado profissional de Ensino em Saúde. Trabalhamos entre 2006 e 2009 em um serviço pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso

do Sul (DSEI-MS), do Polo Base de Antônio João, que incluía cinco aldeias em três municípios, a saber: Aldeias Campestre e Cerro Marangatu, no município de Antônio João; Aldeia Pirakuá, no município de Bela Vista; e Aldeias Kokue-y e Lima Campo, no município de Ponta Porã. A população abrangida era de aproximadamente 1.200 pessoas, sendo que 94% pertenciam a etnia Guarani-Kaiowá, e o restante distribuídos entre Guaranis e Terenas. A equipe de atendimento era volante, composta por enfermeira, técnico de enfermagem indígena, médica, dentista, técnica de higiene dental e motorista, e em cada aldeia havia Agentes Indígenas de Saúde (AIS). As aldeias Campestre, Lima Campo e Pirakuá possuíam postos de saúde, nas demais o atendimento ocorria em locais adaptados. As atividades realizadas incluíam os acompanhamentos de pré-natal; de crianças desnutridas (medidas antropométricas, uso de vitaminas e tratamento para verminose infantil); vacinação de crianças e gestantes; acompanhamento de hipertensos e diabéticos; acompanhamento de pacientes sintomáticos respiratórios (investigação para tuberculose e tratamento dos confirmados, com a pesquisa dos contatos, visando quimioprofilaxia nos casos possíveis); coleta de preventivo; visitas domiciliares; e ações de educação em saúde. Durante as atuações educativas, a equipe esforçava-se na busca de metodologias que respeitassem a cultura e os valores de cada etnia, procurando abordagens mais adequadas de acordo com o assunto, principalmente os que envolviam questões relacionadas à sexualidade e DST's. Para isso, contávamos com o importante apoio dos AIS que orientavam nossa conduta nos alertando sobre as características culturais indígenas que eventualmente desconhecíamos, e que poderiam estar envolvidas em uma determinada ação. Nestas atividades, tentávamos utilizar os cartazes enviados

pelo Ministério da Saúde, sendo alguns destes especificamente voltados à Saúde Indígena. Consideramos que uma imagem pode ser um método de comunicação eficiente no intuito de internalizar valores e estabelecer comportamentos postulados como saudáveis. Nos cartazes que visam informar a população a respeito de doenças e demais assuntos, é comum encontrarmos uma via pedagógica que transita pelas emoções humanas buscando identificação, variando entre o despertar da empatia até o horror. Todavia, tais materiais frequentemente partem de modelos discursivos hegemônicos, com uma visão homogeneizada de outro, como se os signos e representações utilizados fossem passíveis de um único entendimento. Na nossa experiência de trabalho onde recebíamos cartazes informativos, este outro não era tão somente indígena, mas indígena Guarani-Kaiowá, Guarani, e também Terena. Segundo o Censo de 2010, o primeiro a investigar a população indígena, o Brasil possui 305 etnias que falam 274 idiomas (IBGE, 2011). Cada um desses povos possuem seus próprios valores, hábitos, rituais e representações que hora se assemelham, ora se distinguem. Mesmo convivendo em áreas próximas, o perfil dos grupos que atendíamos era distinto, cabendo a nós, enquanto trabalhadores comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), adaptar nossas condutas permanentemente, no que hoje entendemos ser um rico processo educativo para as equipes de saúde. Logo percebemos que os cartazes escritos em língua portuguesa não teriam a eficácia almejada, já que boa parcela desses usuários só dominava o idioma guarani. Além disso, os materiais imagéticos que eram desenvolvidos especialmente para este público, expunham uma representação bastante genérica de índio, restringindo as possibilidades de identificação. Somamos a

isso o fato de que a maioria dos indígenas era ágrafa, em sua língua materna, o que fez do trabalho de tradução dos cartazes para o guarani pouco efetivo. Tal situação nos remonta ao início da Educação Sanitária no Brasil, quando se começou a distribuição de folhetos explicativos com escritos a respeito de hábitos saudáveis, a uma população predominantemente analfabeta. Assim, as metodologias mais eficientes nas nossas ações de educação em saúde estavam ancoradas em orientações orais com a tradução simultânea para o guarani realizada pelos AIS, e posterior investigação junto ao usuário indígena do entendimento que ele obteve de nossas explicações. Entendemos que a educação em saúde acontece através de combinações de experiências de aprendizagem (CANDEIAS, 1997), com arranjos e ajustes de diferentes metodologias que devem ser elaboradas de acordo com cada cenário, sendo o cartaz uma entre várias ferramentas que podem ser utilizadas em um contexto pedagógico. Contudo, escolhemos este recorte vivenciado em nosso ambiente profissional, relacionado ao uso de cartazes em campanhas, para incitar reflexão sobre o modo com que determinadas estratégias de educação em saúde lidam (ou não) com a alteridade. A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde - SUS, e, portanto, norteia a formulação de todas as políticas públicas. O sentido de equidade difundido pelo SUS “[...] se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação.” (CAMPOS, p.23, 2006). Deste modo, é de se esperar o reconhecimento das diferentes condições de vida e necessidades dos usuários, buscando-se ações específicas à cada grupo, com a finalidade de reduzir as iniquidades em saúde. Seguindo esta lógica, oriunda principalmente do movimento da Reforma Sanitária, foi implementado no Brasil um modelo de atenção à saúde

indígena que, no âmbito legal, garante o respeito às diferenças étnico-culturais, contemplando em suas práticas as especificidades advindas dessa diversidade. Porém, um cartaz enviado da gestão federal para o país com vistas a informar o povo brasileiro sobre algo que diz respeito a sua saúde, é um pequeno, porém significativo exemplo de uma certa indiferença e descaso em relação a cosmologia e situação dos povos indígenas. Estes, também brasileiros, suprimidos não apenas nos cartazes, mas em tantas outras dimensões (CIMI, 2013, 2014). Consideramos que a equidade predominante nos materiais imagéticos difere da proposta do SUS, estando próximo a um conceito “[...] genérico e equivalente ao de justiça e igualdade.” (CAMPOS, p.23, 2006). Se a homogeneização a qual nos referíamos anteriormente presente nos cartazes costuma desconsiderar diferenças como cor de pele, classe social, escolaridade e demais características, no que se refere às singularidades dos povos indígenas, este processo pareceu-nos evidenciado. No entanto, acreditamos que profissionais de saúde comprometidos, que se entendem ativos no processo de promoção da saúde indígena e não apenas executores acríticos, possuem potencia para minimizar algumas desigualdades e produzir encontros empáticos e dialógicos, que promovam o respeito à individualidade e aprendizados mútuos.

A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR COMO VERTENTE PEDAGÓGICA DA CULTURA CORPORAL DO MOVIMENTO: UMA POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Raphaelly Machado Felix, Alex dos Santos Carvalho, Fausto Pereira de Pereira, Diany Pereira Hanke, Leonardo Figueirola Jacques, Patricia Galarça Rodrigues

Palavras-chave: Evasão escolar, educação física, saúde e educação física escolar

A escola é um lugar de culturas, suas diferentes manifestações são selos das histórias de seus protagonistas, nela os tempos e os espaços constituem um universo de possibilidades de interação e reflexão sobre os diversos saberes. Isto faz com que a escola seja um ambiente privilegiado para se tratar de assuntos que estejam intimamente ligados a formação dos alunos enquanto sujeitos críticos e reflexivos quanto aos seus hábitos. Vários estudos apontam o quanto o estilo de vida das pessoas está associado às condições de saúde da população. Evidências comprovam que a prática regular de atividades físicas orientadas exerce um papel fundamental na melhora da qualidade de vida das pessoas. Mesmo que histórica e pedagogicamente a Educação Física Escolar (EFE) ocupe um lugar secundário no currículo, é através dela que percebemos ótimas condições de se alcançar um processo de aprendizagem capaz de formar integralmente o estudante, tornando este sujeito um ser consciente sobre os hábitos que podem influenciar diretamente na sua saúde. A escola parece ser o melhor lugar para se tratar da importância desse tema, pois é onde os estudantes passam a maior parte do seu tempo. A Educação Física (EF) é a vertente pedagógica da cultura corporal do movimento humano, é a matéria escolar com maior versatilidade, por trataras múltiplas manifestações e expressões da corporalidade humana, estando intimamente relacionada à saúde. É um componente curricular em que o profissional tem a possibilidade de promover os estímulos necessários para que os alunos consigam compreender como que o corpo em movimento pode interagir com o contexto da escola e com sua rotina de vida diária fora do ambiente escolar. Entretanto temos observado que a cada ano aumenta

a falta de interesse dos alunos em participar das aulas de EF. A evasão dos alunos dos anos finais do ensino fundamental nas aulas de EF apresentam associação com fatores que se inter-relacionam como, idade, horários, classe social, gênero, estrutura da escola, educação familiar, todavia alguns estudos evidenciam que as formas como o professor desenvolve suas aulas também contribuem para que os alunos não participem das aulas de EFE, motivos como, falta de interesse no conteúdo, repetição das aulas, excesso de atividades voltadas ao esporte são predominantes nas aulas. Diante dessa realidade o objetivo deste estudo é apresentar resultados que demonstram como a mudança na metodologia aplicada nas aulas de EF pode resgatar alunos para prática. Estão sendo desenvolvidas nas aulas de EF da Escola Estadual de Ensino Médio Dom Hermeto, no município de Uruguaiana, no ano de 2015, atividades que não se restringem a tradicional prática dos esportes protagonistas na escola, futsal, handebol, voleibol e basquetebol, mas que transcendam as atividades corporais, contemplando, através da CCMH e de temas transversais, um conjunto de fatores biopsicossociais atrelados ao nosso bem estar, a fim de aplicar uma metodologia inclusiva e transformadora. O trabalho está sendo realizado com turmas de gênero feminino nos dois anos finais do ensino fundamental, com um total de 92 alunas, 47 no oitavo ano e 45 no nono ano, aulas duas vezes na semana, com duração de uma hora diária, proposto desde agosto de 2015 até o final do ano letivo. O acompanhamento da frequência das alunas é dado pelo caderno de chamada do professor de EF, Alex dos Santos Carvalho, responsável pela disciplina nos dois anos finais do ensino fundamental. Inicialmente, durante o primeiro semestre as aulas tinham um cunho esportivado. Nesse formato as turmas do oitavo ano eram compostas por somente 25 alunas

(53%), a partir da implementação de aulas voltadas para CCMH, é importante frisar que com o mesmo professor, houve um aumento para 37 alunas (78%) assíduas e no nono ano a frequência passou de 23 (51,1%) para 38 alunas (84,4%). No total de meninas unificando os dois anos antes tínhamos uma frequência de 52,1% em um total de 92 meninas e passamos a ter uma participação de 81,5%, apenas modificando a metodologia e variando as atividades a fim de evitar repetições das aulas. Para as aulas utilizamos diversos materiais de treinamentos esportivos e de jogos e brincadeiras, assim como ferramentas questão produzidas pelas próprias alunas, tais como, instrumentos musicais e objetos artísticos, dependendo da atividade proposta. Algumas vezes as aulas são teóricas, abordando temas transversais como sexualidade, drogas e violência. Entretanto a partir das experiências vivenciadas percebemos o quanto é difícil vencer a cultura escolar que não tem como pressuposto em suas prioridades os saberes do corpo, rompendo com o modelo da prática padrão das aulas esportivadas, principalmente o handebol e voleibol, em regra geral mais praticados por meninas na EFE. Esperamos que esses pontos positivos até aqui alcançados pudéssemos estimular aquelas que ainda não praticam a participarem das aulas, e assim sejam contemplados com os benefícios de aulas de EF sistematizadas que contemplam além do esporte. A partir dos resultados encontrados percebemos que os principais motivos para a evasão escolar nas aulas de EF nos anos finais do ensino fundamental são, sobremaneira, o excesso de conteúdos desenvolvidos voltados para o esporte e a repetição das aulas. Assim entendemos que é imprescindível que, como mediador de conhecimentos, o professor planeje suas aulas na busca de contemplar todos os alunos, oportunizando a prática de atividades inclusivas, motivadoras e

que contribuam para a formação dos estudantes, incluindo a teoria, visando que estes entendam a importância da prática de atividades físicas, sendo pessoas ativas durante e após o período de escolarização. Ademais sabemos que a EFE não se restringe em apresentar uma formação educacional focada somente na promoção da saúde, mas que deve propiciar aos alunos o acesso a um conjunto de informações e experiências que possibilitem a autonomia e a conscientização quanto à prática da atividade física e os seus benefícios ao longo da vida.

A INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA UBSF: A CRIAÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO INTERFERINDO POSITIVAMENTE NA FORMAÇÃO

Laís Alves de Souza Bonilha, Fabiana Torres Fernandes, Leticia Souza Ribeiro, Carlos Alberto Eloy Tavares, Marina Ghizzi Figueiredo, Thaís Lemos da Costa Dias, Camila Cavanha Faria, Fernando Ferrari

APRESENTAÇÃO: o problema da queimadura e da obesidade grave, afetando auto-cuidado e qualidade de vida, serviu como modelo para demonstrar os resultados positivos do cuidado multidisciplinar, integração ensino-serviço e entrosamento entre equipe de referência e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Benedito. Trata-se de um relato de prática elaborado conjuntamente por acadêmicas da medicina e da fisioterapia, orientadas pelas profissionais da equipe de referência, sobre o cuidado de uma paciente de 45 anos, portadora de obesidade grave, que sofreu queimadura química acidental. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** no dia 22/03/2015, enquanto fazia sabão em sua casa, uma paciente da área de abrangência da UBSF São Benedito, apresentou crise

convulsiva, entornando sobre si um balde de sabão caseiro, com conteúdo de alto potencial para queimadura: soda cáustica. A paciente foi encaminhada à Santa Casa com queimaduras de 2º e 3º grau, em região anterior de tronco, membros superiores e inferiores, totalizando aproximadamente 40% do corpo queimado. Teve alta médica três meses após a admissão, no dia 22/06/2015, tendo sido submetida a seis cirurgias, desenvolvido pneumonia nosocomial e tendo necessidade de permanecer no CTI por duas vezes somando 13 dias sob cuidados intensivos. A paciente já havia apresentado crises convulsivas na infância, e fazia uso de Fenobarbital de longa data, interrompendo o uso por conta própria, dois meses antes do acidente com soda cáustica. Fazia acompanhamento irregular na UBSF São Benedito, em esporádicas consultas e, além da epilepsia, era portadora de obesidade grave (IMC 56). O primeiro contato com a equipe foi na visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que comunicou o caso aos profissionais da UBSF. Realizou-se visita domiciliar pela Equipe de Saúde da Família (ESF) no dia 02/07/2015, estando presentes a médica da UBSF e as acadêmicas do 5º ano de Medicina inseridas no estágio da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e Região do Pantanal (UNIDERP). Durante a visita foram observadas as lesões importantes na pele, necessidade de curativos, e a dificuldade da paciente em fazê-los, bem como limpar a casa, pois a filha que assumiu seu cuidado teve um bebê e não pôde ajudá-la. Ficou então com o apoio da mãe, uma senhora idosa. A partir desse contato, foi solicitado avaliação e acompanhamento pelo NASF, no dia 07/07/2015. No contato inicial com as acadêmicas de fisioterapia, a queixa principal relatada pela usuária foi a impossibilidade de fazer a higiene pessoal e dependência para mudanças de postura e deslocamentos. Quase todas as vezes que

as alunas chegavam para visita ela estava sentada em cadeira de fio e caminhava muito pouco, mesmo dentro de casa, permanecia deitada pela maior parte do tempo, por impossibilidade de levantar-se sem ajuda. Além disso, antes do acidente, a família tinha hábitos alimentares pouco saudáveis e era sedentária. Esses hábitos mantiveram-se, e agravaram a situação de saúde da usuária. Assim, a proposta de tratamento foi construída coletivamente e de acordo com as necessidades sentidas pela família. As acadêmicas da medicina orientaram sobre cuidados com a alimentação, sobretudo estimulando a perda de peso, e também sobre a correta higiene dos ferimentos, precaução de infecções, e informações sobre a necessidade do acompanhamento com o médico da UBSF e também com o ambulatório da Cirurgia Plástica. Também foi orientado o uso correto do fenobarbital. A ação das acadêmicas de fisioterapia foi orientar a execução de vários exercícios visando ganho de amplitude de movimento, força muscular e redução de peso. Através de algumas adaptações de móveis disponíveis na casa, foram encontradas formas de facilitar transferências e atividades cotidianas: os tapetes foram removidos e bancos foram inclusos como auxílio aos movimentos. A paciente foi ensinada a levantar-se do leito com apoio no armário e para a utilização do vaso sanitário foi realizado treino no local, com apoio das mãos na parede e um banco visando execução do movimento de abaixar-se e levantar-se. Foi indicada caminhada na parte externa da casa diariamente, acompanhada pela filha e o bebê. A filha a acompanhava até o portão e ela caminhava na calçada, por volta de três vezes na semana, por cerca de 15 minutos. Em todos os ajustes as acadêmicas demonstravam o movimento, ofereciam auxílio durante a execução, faziam várias repetições e verificavam o movimento sendo realizado sem ajuda,

para a garantia da qualidade do exercício. Ao sair, deixavam orientações. A partir de quatro visitas, a paciente não precisava mais pedir ajuda para a filha para mudanças de postura e deslocamento, o que aumentou a autonomia e liberdade. A ação do NASF, nesse caso, não foi o de oferecer sessões de fisioterapia, mas de abordar paciente e família, acolhendo dificuldades e orientando modificações e exercícios que pudessem melhorar a qualidade de vida da paciente. Essa abordagem da equipe foi realizada no período de 12 semanas e as orientações deixadas pela equipe multiprofissional têm benefícios a curto, médio e longo prazo. A paciente mantém-se em acompanhamento, tanto pela ESF, quanto pelo NASF, porém a abordagem das acadêmicas de fisioterapia foi encerrada. RESULTADOS E IMPACTOS: a paciente mudou hábitos e aderiu à maioria das propostas da equipe do NASF, evoluiu com maior independência funcional nas atividades de vida diária e auxilia na limpeza da casa em pequenas atividades. A renda da paciente, decorrente da confecção do sabão caseiro e de peças de crochê está limitada, pois o sabão representa risco e embora tenha retomado o crochê, a capacidade da confecção das peças está reduzida pela aderência da articulação de ombro e cotovelo, decorrente de cirurgia do enxerto. Em fevereiro, após o processo de cicatrização ocorrer, fará nova cirurgia para a correção da aderência, sendo esperado o aumento da amplitude de movimento (ADM) e da funcionalidade. Pelo interesse demonstrado pela paciente em melhorar a sua qualidade de vida, acreditamos que as mudanças de estilo de vida orientadas, a realização de atividades físicas e mudanças de hábitos alimentares, sejam executadas, resultando na redução de peso, o que influencia em melhor mobilidade, autonomia, e aos poucos, retornar às atividades cotidianas, entre elas, o artesanato. Permanece, porém, a preocupação com a obesidade

e, nessa questão, a família não aderiu completamente às propostas de mudança de alimentação para a família, o que dificulta o alcance desse objetivo, que é da equipe. A paciente ainda depende da ajuda para cozinhar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: durante o processo de formação na área da saúde, os alunos são submetidos a estágios práticos, principalmente nos últimos anos de faculdade em serviços de saúde, incluindo as UBSF. Essa é uma via de mão dupla, na qual os acadêmicos tem a oportunidade do contato direto com a população e com os profissionais, e a população é beneficiada com o serviço prestado. A interação ensino-serviço traz um enorme benefício para a formação dos acadêmicos, tanto no âmbito profissional, aprimorando habilidades e competências, quanto no pessoal, pela vivência de acolhimento aos pacientes, troca de experiências, e convivência com a realidade e necessidade do outro. A estreita relação entre a equipe da UBSF São Benedito e o NASF é crucial para o seguimento das diferentes condições de adoecimento abordadas. Por fim, a paciente considerou-se beneficiada pela atividade conjunta, confirmando a importância da abordagem multidisciplinar.

A INTERAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLA NA SAÚDE DO ADOLESCENTE*

Lyvia Maria Torres Moura Donato, Sílvia Helena Mendonça de Moraes, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerik

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Saúde do Adolescente, Promoção da Saúde

Apresentação: As questões relacionadas com políticas públicas que levem em conta a saúde do adolescente são relativamente atuais. No Brasil, após a promulgação

da Constituição Federal é que foram empregados esforços no sentido de formular e implantar políticas de saúde voltadas aos adolescentes. O Programa de Saúde do Escolar (PSE), implementado em 2009 com a publicação do Caderno de Atenção Básica “Saúde na Escola”, possibilita ao adolescente espaço privilegiado na atenção à saúde, visto que parte dos escolares são adolescentes. A interação entre adolescentes e profissionais de saúde ainda é limitada, porém o PSE possibilita a criação de vínculo e transformação da informação científica em comportamentos saudáveis⁵. Pretende-se nesse estudo relatar a experiência de interação entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e escola na promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde dos adolescentes. Descrição da Experiência: Trata-se de atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão denominado Atenção à Saúde do Escolar, realizado em concordância com o PSE e vinculado à ESF. Foi executado em 2010 com adolescentes entre 10 e 19 anos de uma escola municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). A equipe participante do projeto foi constituída por docentes enfermeiras da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFMS e equipe multiprofissional da ESF. Foram objetivos do projeto: levantar dados com professores, coordenadores, inspetores, diretores, equipe multiprofissional de saúde, adolescentes e familiares sobre situações e problemas que necessitavam de abordagem na área de saúde do escolar; propor ações de saúde (educativas e cuidados) para as situações levantadas de acordo com a permissão dos pais ou responsáveis legais; realizar antropométrica e verificação dos sinais vitais; avaliar o crescimento e o desenvolvimento dos jovens; realizar educação em saúde, consulta de enfermagem com o adolescente,

consulta de enfermagem ginecológica e obstétrica à adolescente; acompanhar o esquema vacinal; preencher a caderneta de saúde do adolescente (menina e menino); realizar encaminhamento de situações e problemas levantados para a equipe multiprofissional de saúde e para as redes de apoio. Os acadêmicos, acompanhados pelas docentes responsáveis, realizaram atividades de educação em saúde, verificação de calendário vacinal, avaliação de sinais vitais e dados antropométricos. Impactos: Foram realizadas 22 atividades educativas do primeiro ao nono ano do ensino fundamental, com os seguintes temas: pediculose; bullying; sexualidade e alterações no corpo do adolescente; gravidez na adolescência; drogas e álcool na adolescência; alimentação saudável; atividade física; hipertensão arterial; primeiros socorros. Nas atividades de educação em saúde, as mesmas foram propostas com base nas necessidades identificadas pelos acadêmicos e/ou funcionários da escola ou por escolha dos escolares, a partir dos temas contidos no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola 4. Foram utilizadas metodologias adequadas à linguagem e realidade dos adolescentes, em busca da coparticipação dos alunos, com execução de palestras, dinâmicas, rodas de conversas, dramatizações, paródias e fantoches. A finalidade dessas atividades foi promover e fortalecer o processo de educação em saúde com base na realidade local, com ideias propostas pelos escolares e desenvolvidas pelos acadêmicos, possibilitando, assim, a criação de vínculo entre escolares e equipe de saúde, que se apresentava como ponto de apoio para as necessidades sociais e de saúde. Na verificação de sinais vitais e dados antropométricos participaram 347 adolescentes, com avaliação de peso, altura, IMC, circunferência abdominal e pressão arterial. Buscou-se detectar precocemente qualquer alteração e intervir imediatamente

com métodos não medicamentosos como: orientações quanto à alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução/abandono do tabagismo e diminuição do estresse. Quando necessário, os adolescentes eram encaminhados à ESF e se realizava acompanhamento quinzenal pelos acadêmicos, com auxílio da Ficha de Avaliação Individual, construída para tal finalidade com o intuito de monitorar a saúde do adolescente e a avaliar a efetividade das condutas adotadas em cada situação. Dos 347 adolescentes avaliados, 67 (19,3%) apresentaram algum tipo de alteração. Destes, 63 (94%) foram encaminhados para consulta médica e um adolescente para consulta de enfermagem (1,49%). Os alunos que apresentavam alterações foram acompanhados na escola até o final do semestre. A verificação do calendário vacinal tinha o objetivo de identificar e/ou indicar a atualização vacinal dos adolescentes em atraso. Essa ação encontrou dificuldade pois a maioria dos adolescentes haviam perdido as Cadernetas de Vacinação e não as levavam; quando conseguiam levá-las, a taxa de atraso vacinal era alta. Esta situação pode estar relacionada à diminuição da atenção dos pais e/ou responsáveis e o conseqüente descuido com a imunização. Os encaminhamentos para a ESF representaram o elo entre a escola e a equipe de saúde. Dessa forma, foram realizadas adequações nos processos de trabalho como: a ESF tornar-se “porta aberta” para atendimento primário de todos os escolares, independente de residirem na área de abrangência e criação de protocolos de verificação de sinais vitais padronizados na ESF e na escola. Considerações Finais: A saúde dos adolescentes tem se tornado prioridade na história atual de saúde em nosso país e no mundo. Porém, há várias dificuldades na atenção à saúde desta clientela, que estão ligadas na forma de como conquistar os adolescentes para que

possam construir hábitos saudáveis de vida. Em parte, esse obstáculo é ultrapassado quando se muda o lócus de atendimento para a escola. O PSE mostra ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de adolescentes ao permitir alcançar os adolescentes que frequentam as escolas e, desse modo, fornecer atenção primária à saúde. O projeto ofereceu subsídios para a integração ensino-serviço; possibilitou cuidados à saúde dos adolescentes com articulação à ESF; facilitou o alcance das metas pactuadas pelo município de Campo Grande/MS com relação à saúde do adolescente; e, viabilizou a execução dos cuidados propostos pelo PSE. A conexão de projetos acadêmicos ao trabalho das equipes de Saúde da Família se mostrou efetiva na promoção da saúde dos adolescentes. A interação entre ESF e escola foi vantajosa para todos, em especial para os adolescentes, que receberam atenção na promoção e prevenção de agravos.*
Resumo expandido de artigo⁶.

A INTERFACE SOBRE A INTER-SETORIALIDADE DE POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL E AS ESTIMATIVAS DE CÂNCER NO BRASIL

Thaislayne Nunes de Oliveira

Palavras-chave: Intersetorialidade, Políticas de Seguridade Social, Câncer

INTRODUÇÃO: Este trabalho foi construído baseado em minha monografia de conclusão da Especialização em Saúde/Residência Multiprofissional realizada em 2013/2015 na oncologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e em meu projeto de pesquisa do Mestrado em Política Social na Universidade Federal Fluminense. O interesse para a contribuição com este debate, refiro-me à intersectorialidade de políticas, foi fomentado inicialmente em

minha graduação em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense iniciada em 2009 e concluída em 2012. Em 2011 iniciei minha aproximação com a política de previdenciária por meio de estágio realizado no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e conclui o estágio em 2012, nesse mesmo ano e concomitante ao período de estágio realizei monitoria da disciplina Política de Assistência Social. E no ano de 2013, ingressei na área da Saúde por meio da Residência Multiprofissional. Nesse sentido, ter participado de processos distintos, mas que envolviam as políticas que compõem a Seguridade Social me impulsionou a unir tais aprendizados e ter a intersectorialidade das políticas de Seguridade Social como foco de pesquisa.

II. DESENVOLVIMENTO: Câncer A Doença Do Século XXI Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis. Muitos estudiosos apontam o câncer como a doença do século, isso se deve as estatísticas apontadas pelo INCA sobre o crescimento da incidência de câncer no Brasil e no mundo, assim como o número de mortalidade que a doença vem alcançando. Na atualidade o câncer é considerado como a segunda maior causa de morte no Brasil (INCA, 2012). O câncer é uma doença crônica, na atualidade pelas elevadas estimativas apontadas pela Organização Mundial de Saúde é tido como a doença do século XXI. Em meio a seu acelerado desenvolvimento se coloca a necessidade de tratamento; e é nesse circuito que como assistente social residente pude ter acesso aos usuários, durante seu tratamento oncológico realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro nos anos 2013/2015. Executei minhas atividades na Unidade de Alta

Complexidade de Oncologia (UNACON) do HUAP, atendendo usuários com câncer e seus familiares. Desenvolvi diversas ações como a socialização de informações por meio de orientações e encaminhamentos que possibilitara acesso aos direitos sociais. Além disso, foi possível realização de entrevistas sociais, pareceres, laudos sociais e encaminhamentos para diversos usuários a fim de possibilitar o acesso a serviços e direitos sociais. Trabalhando, também, questões que envolvem o vínculo familiar e rede social. Por meio de abordagens individuais e grupais foi possível conhecer a realidade de diversos usuários, traçar seu perfil e direcionar suas demandas e/ou necessidades sociais com vistas ao acolhimento, a escuta qualificada, estabelecimento de vínculo entre profissional e o usuário. Como mencionado, a experiência enquanto assistente social residente permitiu constatar uma realidade observada dois anos antes, durante realização do estágio no INSS; e possibilitou a criação de estratégias e planejamento para alcançar as demandas apresentadas e (in)diretamente proporcionar a continuidade do tratamento, através de acesso a direitos sociais. Pois, uma das competências do assistente social: Estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.

III. CONCLUSÃO: O desenvolvimento desta pesquisa permitiu pensar a realidade enfrentada pelos usuários em tratamento oncológico em um contexto mais amplo. Avaliar a conjuntura e a formação da proteção social brasileira foi fundamental para perceber os desdobramentos atuais das políticas sociais e reafirmar a necessária articulação entre as políticas de Seguridade Social. Analisar as referências sobre intersectorialidade de políticas foi essencial

para perceber que seu desenvolvimento em uma sociedade capitalista/neoliberal é permeado de desafios para sua consolidação. A intersectorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação, pode ser definida como “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2011). Além disso, “Trata-se, enfim, a intersectorialidade, de um conceito polissêmico que tal como a própria política social, possui identidade complexa e, talvez por isso, as duas se afinem”; A imprecisão no conceito esbarra na expansão de sua utilização na atualidade (PEREIRA, 2014). A partir de então, uma das questões observadas durante a realização da residência aponta um elevado número de pacientes em tratamento com estadiamento da doença avançado devido à ineficiência dos serviços; durante realização de entrevista social as principais queixas dos usuários consistiram em não ter acesso às políticas previdenciárias e assistências, o funcionamento precário das unidades básicas de saúde (ausência de serviços de promoção e prevenção), e a demora na realização e no resultado da biopsia.

[1] No mundo, o impacto do câncer mais que dobrou em trinta anos. As estimativas para o ano de 2008 foram de cerca de doze milhões de casos novos e de sete milhões de óbitos. O crescimento populacional contínuo e o envelhecimento da população mundial deverão potencializar ainda mais o impacto do câncer no mundo. Esse impacto deverá ser mais acentuado em países de médio e baixos recursos (INCA, 2012).

[2] Para aprofundamento das demais competências do assistente social na saúde ver: Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde, 2009.

A INTERSETORIALIDADE PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE JOVENS NO PROJETO “ÍCARO”: UMA EXPERIÊNCIA EM MEDELLÍN-COLÔMBIA

José Camilo Botero Suaza, Eneida Puerta Henao, Marta Martínez Gómez, Eliana Gómez Londoño

Palavras-chave: Intersetorialidade, promoção da saúde, juventude, saúde mental

INTRODUÇÃO: O projeto “Icaro” é uma iniciativa pelo cuidado em saúde mental não centrado na doença ou transtorno mental, desenvolvido entre a Prefeitura de Medellín e a Universidade de Antioquia, nos anos 2014 e 2015, com o intuito de favorecer a promoção da resiliência e o desenvolvimento positivo em jovens de diferentes bairros de Medellín em situação de risco psicossocial, através de estratégias de formação, acompanhamento psicossocial, coordenação intersectorial e aproximação a serviços institucionais, e assim, contribuir nos planos de futuro dos jovens, utilizando como ferramentas a metodologia experiencial e a abordagem conceitual do Modelo Ecológico. As políticas públicas voltadas para a saúde mental estão destinadas a mudar o comportamento dos atores sociais envolvidos, impactando na concepção de saúde mental para além do grupo envolvido diretamente como destinatário da política, alcançando os grupos e organizações afetadas, passando pelos formuladores de políticas e estratégias, tomadores de decisões e equipes de trabalho, e abrangendo, em definitivo, à sociedade civil, empresa privada e ONG’s. Essa perspectiva de intencionalidade muda o foco de ação, na medida em que não é só o grupo populacional afetado (jovens) que deve se transformar, mas todos os atores envolvidos devem mobilizar as suas crenças e práticas

para que a situação problemática possa se modificar (Junqueira, 2012; Junqueira, Inojosa e Komatsu, 1997). Então, o nível de envolvimento entre os atores depende, em grande medida, da capacidade de uma estratégia onde possam expor suas ideias, pontos de vista, interesses, possibilidades e que possam se sentir representados em possíveis soluções aos fenômenos sociais complexos como violências, exclusão social e iniquidade. O projeto Ícaro apresenta como arquitetura institucional uma estratégia de trabalho intersetorial que possibilita a formação deste espaço de decisões e acordos, fundamentada em três princípios orientadores: apropriação social do conhecimento, democratização dos serviços e horizontalidade entre os atores envolvidos. Assim, a estratégia de intersetorialidade, nesse projeto, tem por objetivo favorecer a aproximação a oportunidades e recursos para os jovens participantes com o intuito de promover a resiliência e o desenvolvimento positivo, através do trabalho em rede entre os diferentes atores envolvidos.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A estratégia de intersetorialidade do projeto Ícaro procura, de maneira geral, a sustentabilidade dos enfoques teóricos e metodológicos do mesmo e da “Política Pública de Juventud de Medellín” (Acuerdo Municipal 019 de 2014). Os atores envolvidos em esta experiência foram os seguintes: (1) jovens participantes do projeto, (2) entidades estatais, (3) organizações comunitárias e coletivas, (4) empresas privadas, (5) organizações sem fins lucrativos e (6) comissões de coordenação e mesas de trabalho. O enfoque de atenção apontava a cinco temáticas identificadas na Política Pública de Juventud de Medellín e no Índice de Desenvolvimento Juvenil (IDJ, 2011): convivência e direitos humanos, saúde pública juvenil, educação, trabalho e cultura, recreação e esporte. Para cada um desses eixos temáticos, se

integrou à equipe um ou dois profissionais que tinham experiência na geração de alianças intersetoriais e conheciam de maneira ampla cada um desses campos. Mais do que profissionais especializados se constituiu um grupo de trabalho que trocava experiências, conhecimentos, crenças e perspectivas de abordagem de problemáticas concretas dos jovens participantes no projeto. Em cada uma das temáticas, foram definidas subcategorias nas quais se agruparam os interesses ou necessidades mais comuns dos jovens, procurando sempre o desenvolvimento de habilidades e a cogeração de oportunidades. A identificação dessas necessidades foi feita pelos “tutores de resiliência” (profissionais que compartilhavam com os jovens no processo pedagógico - experiencial), mas e também pela equipe de intersetorialidade. As informações discutidas eram registradas e sistematizadas para cada um dos 497 jovens. A operacionalização do modo de atenção na política se concentrava nas necessidades ou interesses dos jovens para depois relacionar essas necessidades com oportunidades na cidade e nos serviços públicos ou privados, privilegiando aqueles que não têm a barreira do custo deles. Além destes aspectos relacionados à arquitetura da política escolhida, cabe destacar que o projeto trabalha desde os pressupostos éticos que reconhecem nos jovens sujeitos políticos, autônomos, e com possibilidades de apoiar a mudança das cidades e dos contextos de iniquidade e exclusão social nos quais vivem. Nesse sentido, o empoderamento da cidadania juvenil, a reivindicação de direitos e o respeito às diferenças são as plataformas que sustentam a metodologia de trabalho. **RESULTADOS:** O trabalho intersetorial, na perspectiva da promoção da saúde mental na juventude, é uma questão que extrapola o campo da saúde para se mobilizar por todos os setores e atores sociais. Promover a saúde mental é

principalmente uma função social e cultural, de acesso igualitário a oportunidades, bens e serviços de qualidade. A geração de alianças e acordos interinstitucionais com entidades estatais, privadas, coletivas e instituições especializadas (por exemplo, na atenção a consumo de drogas ou no fortalecimento ao empreendedorismo), para estabelecer a referência e contra referência dos serviços que seriam disponibilizados aos jovens com necessidades de atenção diversas foi um dos principais desafios da escolha política sob análise do projeto. Observaram-se avanços importantes na construção coletiva de conceitos relacionados à saúde mental, com diferentes atores de setores não tradicionais em temas de promoção da saúde com exército, polícia e algumas empresas privadas da cidade. Em relação à resolutividade dos interesses e necessidades dos jovens (foram identificadas 760 demandas em 497 jovens, isto porque alguns jovens tinham várias demandas), atingiu-se 31% de sucesso no acesso e 27% em processo de aceder a serviços da cidade, nos diferentes eixos de atenção em cinco meses de trabalho, o qual atinge aos 58% dos jovens. Estes indicadores podem ser interpretados de forma positiva, levando-se em consideração as dificuldades que têm os serviços e o sistema de seguridade social colombiano para oferta deste cuidado à população, embora, o desafio notadamente ainda possui proporções geométricas para mobilizar atores e entidades que atuam de maneira desarticulada e avançar em termos da construção de uma estrutura de cobertura universal. O acesso de qualidade à educação, restituição de direitos, saúde e trabalho segue apresentando barreiras que todos os jovens devem enfrentar e que claramente constituem fatores de afetação a sua saúde mental. É importante dizer que 20% dos jovens, ainda que tenham tido oportunidades e opções para aceder a seus interesses, não se mobilizou para

aderir aos serviços o qual diz ao respeito das dificuldades e barreiras que existem para o acesso, o qual conduz pouca motivação nos jovens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os bens e serviços para a promoção da saúde mental integral, na cidade de Medellín, ainda apresentam um grande desafio de trabalho em rede e consolidação de um enfoque centrado na juventude, o qual produz múltiplas barreiras e limitações no acesso. De outro lado, existem condições ou situações internas nos jovens que dificultam sua mobilização pela cidade, relacionada principalmente à falta de motivação, isto gera igualmente uma instigação para a construção coletiva de estratégias e políticas que levem em conta um diagnóstico destinado ao mapeamento das realidades próprias da juventude na cidade.

A MATURIDADE EM MOVIMENTO CONTRA A SÍNDROME METABÓLICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ricardo Henrique Vieira Melo, Rosana Lúcia Alves Vilar, Tházia Costa, Antônio Medeiros Junior, Nayara Santos Martins Neiva Melo, Francijane Diniz Oliveira, Ligiana Nascimento Lucena, Marise Soares Almeida

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Promoção da Saúde, Saúde da Família

Apresentação: A Atenção Primária à Saúde (APS), orientada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), necessita de ações cotidianas longitudinais de promoção da saúde que sejam capazes de compor circuitos virtuosos, pela circulação e capilaridade entre os usuários e os profissionais de saúde nas práticas desenvolvidas e compartilhadas. Nesse sentido, o programa viver a vida com mais saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Natal (RN), é uma ação intersetorial que teve início no ano de 2008 e atualmente desenvolve a promoção

de atividades físicas em 32 unidades de saúde no município, contemplando pessoas portadoras de doenças como diabetes, hipertensão, transtornos mentais, problemas reumáticos, com atividades como caminhadas, ginástica e alongamento. A USF Cidade Praia elaborou um projeto de extensão, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), redimensionando seu grupo de ginástica em função do programa supracitado. Este trabalho relata a vivência de um projeto de extensão denominado cabelos de prata: a maturidade em movimento, que teve por objetivo promover a melhoria da qualidade de vida do idoso a partir da prática de atividades físicas supervisionadas, na Unidade de Saúde da Família (USF) de Cidade Praia, no Distrito Sanitário Norte I, em Natal (RN). Desenvolvimento do trabalho: A extensão fez parte de um estudo mais amplo denominado Corpo, cultura e cuidado de si: reflexões e ações em Estratégias de Saúde da Família, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no CAAE nº 07562712.0.0000.5537, desenvolvido em 2013/2014. A natureza (qualitativa) do relato se aproxima das características de um estudo de campo, onde o objeto é abordado em seu meio próprio ambiente, ancorada no suporte da fenomenologia de Merleau-Ponty e na teoria da dádiva de Mauss, interpretando a circulação de bens simbólicos entre os participantes. Participaram regularmente das atividades 53 idosos e algumas pessoas de outras gerações (cuidadores e familiares), moradores na região de abrangência da USF. Os critérios de inclusão dos idosos foram: possuir 60 anos e mais; ter participação voluntária, ser participante regular da ação coletiva, ter capacidade comunicação, ter feito inicialmente uma avaliação física multidisciplinar, ser portador de alguma doença componente do quadro de Síndrome Metabólica, e ter recebido

alguma prescrição medicamentosa. Para a coleta de dados foram utilizadas a observação participante e a entrevista semiestruturada. Logo após a realização de medidas antropométricas, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas para averiguar a prática, a frequência, a duração de exercícios, e os motivos para a não realização de atividade física, bem como averiguar a adesão total, parcial ou ausente à dieta. A Escala de Morisky foi aplicada, durante as entrevistas, para saber se os usuários seguiram a prescrição da última consulta e os motivos em caso contrário. As atividades físicas aconteceram todas as terças e quintas entre as seis e sete horas da manhã, e tinham duração de quarenta minutos em média. Foi feita a aferição da pressão arterial de todos os participantes, antes e após os exercícios físicos. O educador físico, supervisor das atividades, fez o controle da intensidade dos exercícios, das caminhadas, bem como: sua duração, frequência, execução correta, aquecimentos e alongamentos. E uma nutricionista verificou o índice de massa corporal (IMC), fez o preenchimento de mapa nutricional, revisão e acompanhamento da dieta, incentivando a adesão dos participantes às recomendações e orientações para uma vida mais saudável. Resultados e/ou impactos: Metade dos entrevistados não aderiam às atividades físicas. Dentre os que aderiam, 66,66% realizavam exercícios pelo menos três vezes por semana; enquanto que 33,33% alegaram frequência inferior. Dentre os motivos para a não adesão às atividades corporais, tem-se, principalmente: a falta de motivação (33,33%); a disponibilidade de tempo (33,33%) e agravos à saúde que impossibilitam a atividade física (20%). Cerca de um terço dos participantes (33,33%) alegaram adesão total à dieta, 26,67% e 40% indicaram, respectivamente, adesão parcial e não adesão à dieta. Dos que aderiram total ou parcialmente à dieta, 22,22%

receberam orientações de um nutricionista e 77,78% não foram orientados; Dentre os principais motivos alegados para não adesão ou adesão parcial à dieta, tem-se: 46,67% não conseguem seguir a prescrição devido a fatores motivacionais e ao sabor desagradável dos alimentos; e 40% não sentiram a necessidade de realizar a dieta proposta, pela falta de informações quanto à importância e às repercussões da dieta para a saúde. De acordo com a escala adaptada de Morisky, para avaliação do seguimento diário ao tratamento prescrito, 46,67% dos pacientes tiveram máxima adesão, 50% moderada e 3,33% baixa adesão; Dentre os motivos para as respostas negativas, o mais citado (60%) foi intolerância (efeitos adversos) aos medicamentos. Através das práticas compartilhadas, com a comunicação e a afetação mútua promovida pelos encontros, os participantes compreenderam-se de maneira diferente, também observando o mundo através dos movimentos, percebendo a importância da interação para que suas vidas cotidianas pudessem fluir cada vez melhor, de forma mais prazerosa, por estar carregado de sentido para os sujeitos envolvidos. Em relação às atividades coletivas, o que se tem a dar ou doar durante a vivência? A percepção e a consciência de si, do autocuidado e do próprio corpo, a estabilidade do equilíbrio, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência. E o que se recebe? O sentimento de abertura para outras possibilidades, de descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo, novos conhecimentos, as dinâmicas interativas, reflexivas e meditativas. A maioria dos participantes demonstra ou desperta o potencial de cuidar de si após as aproximações com seu corpo e sua consciência (mente), experimentando a sensação de valorização pessoal, familiar e comunitária, retribuindo: a vontade de reproduzir a prática, compartilhando as

vivências; o desejo de continuidade da experiência; o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde. Considerações finais: A promoção à prática de exercícios físicos regulares, parte essencial do tratamento das doenças relacionadas à Síndrome Metabólica, constitui um desafio para os profissionais de saúde. Os motivos para a não adesão podem guiar um trabalho multidisciplinar, o qual deve estar pautado no incentivo e na formulação de meios que propiciem uma mudança nos hábitos de vida dos usuários. A continuidade das atividades poderá constituir um dos pilares de sustentação para a redução da dependência de terapias medicamentosas exclusivas, consolidando a prática cotidiana de exercícios físicos associados a outras iniciativas que reforcem a cultura de hábitos de vida saudável, para que possa ocorrer a diminuição do número de hospitalizações e sequelas provenientes de complicações referentes às doenças crônicas não transmissíveis, prevenindo sofrimentos emocionais, pelo combate aos estados de ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social.

A PERCEPÇÃO DISCENTE SOBRE O ESTÁGIO NO OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS/ UFRN

Thais Paulo Teixeira Costa, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Graduação em Saúde Coletiva, Estágio em Saúde Coletiva, Ensino-Serviço

APRESENTAÇÃO: A Graduação em Saúde Coletiva surgiu no ano de 2008 em algumas Universidades do Brasil, com o objetivo de inserir no mercado de trabalho profissionais que fossem capacitados para avaliar, planejar e executar ações relacionadas à gestão do serviço público de saúde. O curso

tem a peculiaridade de lançar no mercado de trabalho um jovem profissional que tenha um olhar ampliando e compreenda a rede de serviço e toda a sua complexidade. Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) atende a uma diversidade da população brasileira, esse profissional possui, desde o início da sua formação, a compreensão sobre a diversidade de situações que o esperam, sendo necessário então, estar mergulhado em estudos e vivências no serviço. Na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o curso foi denominado de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde e, hoje, passa por um processo de alteração do nome para Saúde Coletiva devido a uma organização nacional. O presente relato de experiência tem como objetivo retratar a experiência de uma estudante da graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, no período de dois anos e seis meses, no Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, frisando a importância da inserção do graduando em bases de pesquisa para o seu desenvolvimento como ator do processo de reestruturação do Sistema Único de Saúde. Este relato reflete sobre a importância de serem oportunizados para os alunos outros cenários de aprendizagem, além da sala de aula, de forma que os ajudem no seu desenvolvimento e na reflexão crítica sobre a sua formação e atuação. O Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte foi criado em 1999, com o incentivo do Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Desde os primeiros anos de criação da Graduação em Saúde Coletiva, o Observatório de Recursos Humanos oferta espaços de aprendizagem em pesquisa para alunos que tenham interesse em atuar na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS. A experiência retratada teve início em fevereiro de 2013, durante o

terceiro período da graduação e perdura até os dias atuais. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Observatório de Recursos Humanos da UFRN tem, entre seus objetivos, fortalecer a área de Gestão, Trabalho e Educação na Saúde. Este trabalho apresenta um relato de uma das estudantes de graduação que integram o corpo de pesquisadores e estagiários do citado Observatório. Dessa forma, ao me integrar à equipe de estudantes que participam do observatório, foi possível ter a oportunidade de aprender a trabalhar em equipe em um ambiente diverso, no sentido de perceber a importância da compreensão para o trabalhador sobre a execução de todo o processo de trabalho, fortalecendo o pensamento holístico e não hegemônico, aprender sobre a execução e o planejamento de recursos financeiros de projetos de pesquisa e vivenciar a organização, planejamento, execução de processos seletivo de cursos. Foram oportunizados também conhecimentos sobre os sistemas de informação e tecnologia junto ao trabalho realizado com a Secretaria de Educação a Distância da UFRN, além de estar integrada a ações de pesquisa e de planejamento e avaliação das demais atividades desenvolvidas no Observatório. Outro ponto que merece ser destacado é a aproximação dos graduandos com profissionais dos serviços de saúde que atuam na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Nesse encontro, o aluno se beneficia na medida em que tem a oportunidade de conviver com os atores da área, estando presente em reuniões, amadurecendo sua postura, capacidade de articulação e fala. No Observatório de Recursos Humanos, compreendi a importância de o aluno estar inserido em processos de trabalho junto como os serviços de saúde e em pesquisas desde o início da graduação. Essas atividades garantem o envolvimento do aluno na execução de suas atividades da graduação, uma vez que

este consegue se imaginar atuando com outros profissionais nos serviços de saúde, além de criar uma maior afinidade com a área. Observo que a oportunidade que tive em vivenciar a integração entre ensino e serviço reforçou minha compreensão sobre a importância de se fortalecer essa articulação e, por conseguinte, capacitar, cada vez mais, os processos de trabalho dos serviços de saúde. No que diz respeito à realização de pesquisas, como resultado dessa atividade teve a possibilidade de estarem presente em diversos congressos da área, bem como áreas afins, apresentando as pesquisas desenvolvidas no Observatório, como também as vivências da graduação. Ademais, tive a oportunidade de publicar, junto a equipe, artigos para periódicos científicos e capítulos de livros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Curso de Saúde Coletiva, criado pelo Programa do Governo Federal de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras, possui um grande quantitativo de alunos oriundos de escolas públicas ou que estavam afastados da Universidade devido a dificuldade de ingresso em uma instituição de ensino superior. Minha experiência no Observatório de Recursos Humanos me fez ver a necessidade de ter um olhar e uma dedicação maior a este aluno, para que ele se sinta estimulado em dar continuidade aos estudos e que e dedique em sua graduação. Acredito que a graduação tem muito a se beneficiar quando o aluno consegue se integrar aos campos da pesquisa e de extensão. Acredito, também, que para garantir uma formação com o olhar ampliado, em direção ao serviço público de saúde, é necessário oportunizar ao aluno condições para que este amadureça enquanto ser humano e futuro profissional. Nesse sentido, é fundamental que a Universidade, professores/pesquisadores estejam empenhados para garantir uma formação crítica e reflexiva aos seus alunos,

oportunizando novos espaços para a sua atuação profissional. Concluindo, avalio a vivência nesses dois anos no Observatório de Recursos Humanos como algo extremamente positivo, pois foi possível amadurecer antes de participar do estágio obrigatório, o que me possibilitou uma maior troca de conhecimento e experiências no serviço público de saúde. Atualmente, estando no último período da graduação e prestes a ingressar no mercado de trabalho, sinto que terei condições de retornar à sociedade todo o investimento feito durante a graduação, fortalecendo e lutando pelo fortalecimento e execução dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A RELAÇÃO DO TRABALHO COM OS VÍNCULOS NECESSÁRIOS PARA ATUAÇÃO QUALIFICADA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Milena Bezerra de Oliveira

Palavras-chave: Trabalho, NASF, ESF

APRESENTAÇÃO: Este texto resgata o trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família 41 (NASF), tendo como função geral apoiar as atividades desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Saúde na Escola (PSE). O NASF atua com foco na Promoção da Saúde, baseado em ações com caráter interdisciplinar e a intersetorial. Atualmente, a prefeitura não contrata profissionais para esse serviço, os Núcleos de Apoio existentes em Fortaleza, estão ativos devido à parceria com a Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará. No entanto, vale ressaltar que vínculos, reconhecimento, territorialização são processos permanentes e demorados, e, as residências tem uma vigência estabelecida de 2 anos. O núcleo, por meio do qual, o

estudo foi realizado, abrangia 3 unidades de saúde, a saber: Unidade de Atendimento Primário à Saúde (UAPS) Policlínica Nascente, UAPS Luís Albuquerque Mendes e UAPS Gutemberg Brown. Nesse estudo, pretendo expor acerca da fragilização das relações de trabalho, e, conseqüentemente, dos vínculos necessários na Atenção Primária à Saúde (APS), compreendendo que a Política da APS preconiza ações ligadas ao território e, por vezes, partindo das carências da população. Frente a isso, abordarei os impasses apresentados no cotidiano dos serviços. METODOLOGIA: A idealização desse estudo teve início por meio de observações realizadas, a partir de uma experiência de estágio curricular obrigatório, em Serviço Social, na cidade de Fortaleza. As observações participantes ocorreram nas Unidades, supracitadas, que são vinculadas a regional IV e atreladas ao NASF 41. Além disso, deve-se ao acúmulo teórico de outros espaços, bem como de estudos anteriores e de um curso formativo proporcionado pela Universidade Estadual do Ceará, como mecanismo de reafirmar a parceria entre as instituições. As observações foram realizadas na vigência do referido estágio, num período de 6 meses, entre Setembro de 2013 e Fevereiro de 2014. Dentre os resultados obtidos podemos citar a flexibilização dos meios de trabalho, o enfraquecimento dos vínculos dos profissionais, a dificuldade de reconhecimento e, conseqüentemente, de projeção das ações desenvolvidas. Fazendo-nos constantemente compreender a prática e a teoria como elementos contrastantes, distintos. No entanto, é necessário que percebamos o caráter indissociável entre os elementos citados. A transitoriedade dos profissionais, assim como do modo de aplicar seus conhecimentos, seu acúmulo vivencial e teórico, era visualizado, por alguns trabalhadores, como impasses para desenvolver atividades em parceria. Acredito que, nesse sentido, um dos

princípios mais importantes na APS é a longitudinalidade, seja com os usuários ou com os profissionais, pois é perceptível o quanto o enfraquecimento ou quebra de vínculos podem influenciar na qualidade da execução do trabalho dos profissionais do NASF. Diversas atividades que devem ser executadas com auxílio do NASF são afetadas pela fragilidade dos vínculos entre os profissionais e entre esses e os usuários, tais como: as atividades de salas de espera; as visitas domiciliares; os grupos temáticos que devem acontecer em parceria (ESF e NASF); as ações do PSE que devem ser desempenhadas pela equipe de estratégia com apoio do NASF, em parceria com a escola, dentre outras atividades. Os exemplos supracitados, em sua maioria, teriam maior efetividade juntamente com a execução do princípio da longitudinalidade do cuidado, que, na realidade das UAPS em tela, infelizmente, não é efetivado. Além dos impasses citados, tem-se a sensibilização dos profissionais. Na dinamicidade do cotidiano, habituamo-nos com os processos fragmentados, por vezes, inclusive, naturalizados. Porém o planejamento das políticas passa por inúmeras quebras dentre o processo de idealização, planejamento, oficialização e execução vários indivíduos são participam. No entanto, sem sensibilização prévia ou treinamento qualificado posterior as diversas categorias profissionais executam. Apensar do Ministério da Saúde ter implementado, em 2006, a Política de Educação Permanente, que preconiza uma formação integrada ao serviço, atrelando a prática cotidiana com a teoria, propiciando aplicação imediata, a prefeitura de Fortaleza, em 2013, direcionava para as formações continuada, retirando o profissional do serviço para cursos. Apresento também como uma dificuldade para a execução do referido trabalho a compreensão das atividades do NASF pelos demais profissionais, bem como a resistência para realizarmos articulações

entre ESF e NASF, contribuindo para que as equipes não conheçam o território, explicitando a inexistência de vínculos e o não reconhecimento desses profissionais pela população. No entanto, é necessário enfatizar que ao expor a referida situação, não culpabilizo os profissionais da ESF, pois compreendemos as demais dimensões envolvidas, tais como: a sensibilização e a formação para o trabalho. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) regulamenta através do artigo 14 a articulação entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior e Profissional para a formação e educação continuada dos profissionais da saúde. No entanto, em muitos casos, capacitações, formações, educação continuada, são substituídas por cursos rápidos, seminários e oficinas, de forma pontual, que não abrangem a necessidade. É de suma importância situar que os entraves vão muito além da vontade de execução das atividades. Todas as problemáticas citadas reverberam também na territorialização, que é uma das atribuições mais importantes para o desenvolvimento das demais atividades. Tendo em vista que ao conhecer um território temos muitas informações sobre a população que reside no local, as relações conflituosas, os condicionantes e determinantes que implicam na saúde das comunidades, os equipamentos que podemos manter articulações, tornando-os parceiros. Como principal resultado a partir da observação participante, pode-se citar a quebra da longitudinalidade do cuidado, o enfraquecimento dos vínculos, a insuficiente territorialização, a dificuldade em referenciar o profissional de NASF na UAPS. Por decorrência, em muitos casos, o número excedente de equipes de ESF e a quantidade de UAPS assistidas por uma equipe de NASF. Além das relações trabalhistas precarizadas, que desvalorizam o profissional. Se, enquanto população, a forma como vivemos e as situações as quais somos submetidos influenciam diretamente

nas nossas condições de saúde, mostra-se essencial que todos os profissionais da ESF e do NASF conheçam e possam ser reconhecidos, nos equipamentos disponíveis nos territórios e a dinâmica de vida das populações. Em uma análise geral, infere-se a necessidade de introjetar na ESF e no NASF a sua função primordial de reorientação dos serviços de saúde, para que caminhem em busca de um modelo essencialmente promotor de saúde, com uma proposta de construção e reconstrução diária de acordo com a influência local das pessoas que estão nos determinados territórios e que fazem desses locais espaços vivos. É essencial, independente do nível de atenção, passarmos a visualizar o direito à saúde como uma das expressões do direito à vida, e voltarmos nossas ações nesse sentido, seja nos serviços, na gestão, no planejamento ou na comunidade. Compreendendo todos os aspectos supracitados é inevitável reafirmar a grandiosidade da proposta para a promoção da saúde, principalmente por pautar categorias como o cuidado, a autonomia, a clínica ampliada e humanizada, propondo a reorganização do processo de trabalho, a visualização dos territórios como espaços dinâmicos, vivos e produtores de saber. Concebendo os inúmeros avanços que precisamos alcançar, faz-se necessário a proposição de políticas saudáveis, transversais, integradas e intersetoriais que sejam capazes de dialogar com diversos setores e de construir redes de compromisso e corresponsabilidade.

A RODA DA AFETAÇÃO: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENTRA NA TENDA DE AFETO POPULAR

Michele Neves Meneses, Liamara Denise Ubessi, Marcos Aurélio Lemões, Roberta Antunes Machado, Neidi Regina Friedrich, Vanda Maria da Rosa Jardim, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação Popular, Profissionais de Saúde

Esse texto objetiva relatar a experiência das Tendas de Afeto Popular como espaço potente do exercício da Educação Permanente em Saúde, ocorrida na região do extremo Sul do Brasil, agenciada pelo Coletivo Povaréu Sul[1]. O Coletivo se articula pela via da Educação Popular na construção e defesa do SUS e trabalha com as estratégias do disparo, apoio e sustentação de processos para a constituição de ações em rede, na qual vários movimentos possam dialogar, a fim de buscar o sentido de um projeto coletivo popular de saúde. A Tenda do Afeto, como é popularmente conhecida, é uma Tenda de Educação Popular, uma das propostas da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS – PNEPS SUS. A Tenda atua como dispositivo de agenciamento de movimentos com o trabalho na saúde e que viabiliza o acontecimento, em ato, de Educação Permanente em Saúde. Em 2014, as Tendas abriram as ‘portas’ como um espaço de cuidado e problematização do trabalho junto a profissionais da saúde das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e da Vigilância em Saúde do Município do Rio Grande. Também, via dispositivo da Tenda, em 2015 aquece-se a Luta Antimanicomial em Rio Grande populariza-se a discussão com a comunidade sobre a loucura e se constroem arranjos para a abertura das portas do manicômio- e, por consequência, seu fechamento - e a ampliação da rede de atenção psicossocial no município. As realizações das Tendas em vários locais e com a participação de diversos segmentos (profissionais de saúde, usuários e controle social) operam a partir dos princípios da amorosidade, do diálogo, da problematização; da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e do compromisso com

a construção do projeto democrático e popular que estão inseridos na PNPES-SUS. Em outras palavras, é onde os conceitos se encontram na práxis, onde se entrecruzam e produzem saúde, que não ocorre sem a produção de sujeitos e subjetividades, pois para mudar as coisas, primeiro, muitas vezes requer mudar a si, mudar o ‘si’. E os encontros são potentes, neste sentido, pois nos deslocam de nossas certezas cristalizadas para incertezas profundas e nos ajudam a construir outras “certezas” a favor da produção da vida e da defesa permanente do direito à saúde. Entende-se as Tendas como dispositivos, ou seja, espaços de agenciamento, de encontro, de produção e disparos, ativação de outras conexões e feições. Espaço educativo, coletivo, com foco nas trocas de experiências entre diferentes atores e iniciativas das mais diversas áreas. São também uma oportunidade para que profissionais, estudantes, professores, técnicos, representantes dos movimentos sociais e populares deem visibilidade as suas ações e socializem as práticas de educação popular. Assim, esta experimentação de tendas não demarca uma área específica, mas um referencial teórico e metodológico que conduz essas práticas, promovendo o diálogo entre trabalhadores, professores e estudantes, como sujeitos em movimentos, por meio de práticas populares. Também é um espaço ampliador, que facilita a constituição de diálogos entre o espaço governamental e os movimentos sociais na formulação e implementação de políticas públicas, como é o caso da Educação Permanente e da Educação Popular em Saúde. Nas Tendas, há circulação ampla de pessoas, ideias, experiências, que possibilitam construir caminhos e trilhas que desencadeiam processos de reconhecimento e constituição de sujeitos, mobilizando entidades, movimentos e práticas de educação em saúde. Desse modo, as Tendas são dispositivos que possibilitam

construir histórias, partilhar experiências e caminhar na busca por alternativas educativas, dialógicas e libertárias de práticas de saúde, de cidadania e de participação social. Assim, tem-se a Tenda de Afeto que se constitui através de espaços dialógicos, em que opera a Educação Popular. Para, além disso, são espaços de cuidado e conversação. São realizadas como possibilidade de cuidado diferenciado e compartilhado, com a problematização de temas das políticas de saúde e lutas sociais na concretização dos direitos humanos. As mesmas são produtoras de vida, por conversas e escutas e pela utilização de práticas populares de cuidado. Busca-se de fato neste espaço, efeitos e sentidos constituídos com base na amorosidade, respeito e construção compartilhada do conhecimento e do aprimoramento do SUS. As tendas são por fim, um dispositivo de acionar a sensibilidade das pessoas que se deixam compartilhar nestas teias de afeto. Dentro da organiz(ação) da Tenda vimos que os trabalhadores não são sujeitos passivos, não serão mero “recebedores” de conhecimento, pois todos terão que participar do processo de construção desses saberes e reflexões, bem como dos cuidados compartilhados. Portanto, todos trabalhadores serão também autores e produtores do conhecimento na medida em que se deparam com a realidade e esta os desafiam a produzir respostas, soluções a problemas do cotidiano do trabalho. Dessa forma, a Tenda que aqui apresentamos se articula e se (re)produz, pelo anseio na amorosidade entre as pessoas que a disparam no território Sul. Logo, busca articular o conhecimento e os processos educativos. As atuais formulações sobre os círculos são vivenciados na saúde ‘indescolada’ da educação, como possibilidade de releitura da ação no cotidiano dos trabalhadores da saúde e outros atores que se achegam a este, por meio de experimentações e

feituas. Também, como o alternativo ou o ‘caminho’ para a produção de novas subjetividades, conectadas com o (re)pensar das atuações diárias dos profissionais da saúde, faz com que se busque o anseio de experienciar na prática novas formas de contato fora “muros” institucionais, de comprometimento com a construção de saúde a partir da subjetividade e das trocas de afeto. Ainda, instiga-se que a Tenda seja esse disparador de atividades com reflexão baseadas nos afetos e nas trocas de experiências, pois a potência de se trabalhar com a EPS está em se refletir diariamente o processo de trabalho em conjunto com as equipes institucionais e outros atores sociais, pois é ali que se dão os “nós[2]” individuais e coletivos. Portanto, é no cotidiano do trabalho em saúde que o saber técnico e já estruturado é (re)elaborado, a partir de um saber experiencial dos profissionais, que é produzido em ato, a partir da relação com o usuário e/ou com outros profissionais de saúde, que se populariza e ganha espaço o popular. Assim, é nesta perspectiva que a Educação Popular conversa com a EPS e reflete um posicionamento frente a diferentes correntes de pensamento sobre a saúde e permeiam o debate e a prática sobre a formação de recursos humanos. A EPS se apresenta como uma nova perspectiva para o redimensionamento das práticas em saúde, buscando promover a interação entre os atores envolvidos nessa construção e, a partir daí faz com que sejam incorporados novas atitudes, como o pensar, o saber, o fazer, o refletir, a interação, a integração e a (re)construção com os outros, o que por sua vez, também compreende a educação popular. [1] Coletivo de educadores populares do extremo sul do Rio Grande do Sul (Pelotas e Rio Grande). [2] “Nós” – nesse texto, refere-se aos problemas vivenciados no campo do trabalho, das instituições e da sociedade.

A SUBJETIVIDADE COMO AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO COM O DIALÍTICO DURANTE A HEMODIÁLISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco Ricardo Miranda Pinto, Carlos Antonio Bruno da Silva

Palavras-chave: Diálise, Saúde, Enfermagem, SUS, Humanização

A temática central deste estudo é a humanização com pacientes portadores de insuficiência renal aguda ou crônica em processo de diálise. A diálise ocorre quando os rins acabam por não desenvolver a função de filtragem, podendo ser classificada como Insuficiência Renal Aguda (IRA) ou Doença Renal Crônica (IRC). Este se trata de um relato de experiência no Projeto de Humanização: Humanizar para Humanizar-se e a subjetividade como forma de humanizar a sessão de hemodiálise se configura como a temática central deste. Relatar a experiência da vivência e do diálogo com grupo de dialíticos em sessão de hemodiálise na perspectiva da humanização. Trata-se de um estudo qualitativo crítico-reflexivo do gênero relato de experiência, resultado da vivência com um grupo de dialíticos do Centro de Diálise de uma unidade hospitalar da Atenção Terciária localizada no município de Sobral-CE da 11^a Secretaria Regional de Saúde (SERES) que atende pacientes dos 55 (cinquenta e cinco) municípios da zona noroeste do estado, região de abrangência da secretaria. A experiência é resultado do Projeto de Humanização: Humanizar Para Humanizar-se, ocorrido às segundas-feiras das 13h às 17h naquela instituição, resultado da parceria entre uma das instituições de ensino superior e a unidade hospitalar. Por conta do horário era possível o contato com dois grupos diferentes, de sessões diferentes, pois um grupo iniciava a sessão de diálise às 11h da manhã e outro às 15h, variando o tempo da sessão de acordo

com a aceitação do organismo tanto para os clientes como para seus acompanhantes enquanto os mesmos fazem hemodiálise. As sessões de hemodiálise ocorrem em três dias alternados da semana, segunda, quarta ou sexta para um grupo e terça, quinta e sábado para outro grupo. O primeiro contato com os clientes em diálise bem como com a Equipe de Enfermagem foi bem sensível, pois os voluntários eram para eles pessoas alheias à rotina daquele setor. Os clientes já têm delimitados os espaços para realização da diálise, elegendo cada um, reconhecidamente, uma poltrona para a rotina do procedimento. O diálogo entre eles, muito provavelmente por conta do quadro de saúde em que se encontram, é consideravelmente restrito, ainda que os mesmos estejam semanalmente naquele recinto, permitindo uma maior aproximação apenas da Equipe com quem já mantinham contato anteriormente e raramente com os demais colegas na mesma situação. A barreira de proteção foi sendo rompida muito lentamente a princípio com a Equipe de Enfermagem quando os voluntários buscavam compreender como se dava a rotina daquele setor, quem realizava as sessões de hemodiálise, quanto tempo durava cada sessão, como era a máquina de diálise, o procedimento de troca de turnos, e as procedências dos dialíticos. A equipe de muita prontidão explicou aos membros voluntários do projeto todo o percurso de cada sessão, inclusive abordando a possibilidade de um paciente sofrer hipotensão e precisar ser transferido imediatamente para a emergência o que, segundo eles, já havia ocorrido. A partir dessa aproximação com a equipe e seguindo orientações da mesma os voluntários do projeto conseguem aproximação com os clientes que estavam em diálise oferecendo atividades que pudessem entretê-los durante o início da diálise haja vistas que o procedimento é cansativo e logo eles se tornam apáticos sendo também necessário

o acompanhamento e olhar sensível para que não ocorresse nenhuma intercorrência com os dialíticos por conta dos efeitos adversos. Não era fácil conseguir que eles propiciassem aproximação e desta feita um dos recursos indicados foi que os voluntários preenchessem as fichas antes do início da sessão. Nesse momento ocorria a possibilidade do discurso e da exposição de como eles se sentiam como portadores de uma insuficiência renal aguda ou crônica, de suas angústias, traumas bem como a forma como perderam a função renal. Os relatos eram carregados de emoções e era possível perceber a extensão das situações de fragilidade e de vulnerabilidade, quando os mesmos expunham sobre como é conviver com a realidade do acúmulo de líquidos e suas dificuldades em deslocamento de suas cidades até a unidade de Atenção Terciária e realização de suas tarefas domésticas e cotidianas relacionando assim com a sua dependência direta de cuidadores. A audição dos relatos permite, a partir do olhar crítico-reflexivo, a inferência de que para os homens a perda ou redução da funcionalidade dificulta a aceitação da situação de portador de doença renal e conseqüentemente da necessidade de realizar a hemodiálise, sendo mais acentuada a percepção no relato dos homens que o observado na fala das mulheres. É visível que a indisponibilidade do gênero masculino ao diálogo pode estar atrelada a uma série de dificuldades de aceitação tanto do ser homem, macho, trabalhador e chefe da casa como de suas funções biológicas normais, a citar, por exemplo, a sua sexualidade que é cientificamente comprovado que sofre severas influências havendo impotência no sexo masculino e redução da libido no sexo feminino deixando perceber focos de baixa autoestima. Os relatos consideram ainda as dificuldades de traslado e a sensação de impotência frente à fila de espera, o que não abala neles a “fé” de que conseguirá

logo, logo ser convocado para o transplante. O diálogo não apenas aproxima como também proporciona a percepção de si e do outro e não apenas da máquina a que está ligado (fala dos dialíticos). Ainda que com um diálogo muito restrito, a relação entre eles flui de forma natural e espontânea, os mesmos se reconhecem por nomes, discursos e situações muito próximas, desenvolvem momentos de descontração e articulam boas gargalhadas, presume-se que pelo tempo de convivência e de compartilhar da mesma situação. O ponto de apoio que eles consideram essencial e que favorece a viabilidade do momento acontecer de forma menos dolorosa é a equipe de enfermagem e como se tratam de relações, a perda de um é sentida por todos, ficando inclusive na Equipe de Enfermagem a sensação de vazio visto que cada membro da equipe conhece minuciosamente cada um dos que fazem a hemodiálise. Há intensa reclamação das sensações de náuseas e mal estar por conta do Eprex, mas não deixa de ser expressivamente bela a relação que há naquele setor entre os clientes que passam pela sessão de hemodiálise e a Equipe de Enfermagem de forma muito sensível e com um olhar apurado acompanha cada sessão atentando-se aos sinais vitais e possíveis situações de risco que possam por ventura trazer a uma intercorrência na sessão.

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL: O PERFIL DOS PARTICIPANTES DO PROJETO DANTS DO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

Fausto Pereira de Pereira, Alex dos Santos Carvalho, Patricia Galarça Rodrigues, Diany Pereira Hanke, Marcelo Samurio Cardoso, Raphaelly Machado Felix

O projeto de Atenção às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTS) oferecem uma possibilidade para que as pessoas realizem

atividades físicas, orientada por Educadores Físicos do município de Uruguaiana-RS. Além disso, também contamos com múltiplos profissionais aptos e capacitados para uma melhora na qualidade de vida e atendimento à população, tais como: nutricionistas e psicóloga. Ainda contamos com a ajuda/apoio de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e médicos das Unidades Básicas de Saúde onde o projeto funciona. É de fundamental importância saber as opiniões dos praticantes do projeto antes e depois da prática de exercícios físicos. Mostrar para pessoas interessadas em ingressar no projeto e também para pessoas que ainda não refletiram nesta possibilidade, relatos sobre sua aprendizagem e benefícios ocasionados durante as aulas. Desta forma o objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil e analisar a opinião dos praticantes de atividades físicas do projeto no município de Uruguaiana. A pesquisa caracteriza-se por ser Quanti-qualitativa de caráter descritivo e transversal. A amostra foi aleatória, totalizando 175 indivíduos. Para obtenção dos dados foram aplicados questionários nos postos de saúde, em forma de entrevista. O tratamento estatístico dos dados foi desenvolvido através de análise e resultados encontrados, verificamos que a grande maioria dos alunos ingressados no projeto DANTS tem média de idade superior a 46 anos. Referente ao gênero verificou-se que a maior parte é do sexo feminino (96%). Um assunto abordado foi relativo a quantas vezes na semana o projeto DANTS é frequentado pelos usuários, o resultado encontrado foi que (82,3%) vão a todas as aulas, ou seja, as três vezes na semana. Dentre os exercícios físicos mais praticados, o índice maior ficou para ginástica aeróbia (85,7) e ginástica localizada (73,1), seguidos de caminhada (71,4) e dança (56%). Em se tratando do tempo que estão inseridos no projeto, observou-se que a maioria (38,8%)

está a mais de um ano. Um dado de extrema importância que precisamos ressaltar, é que em todas as aulas e em todos os postos de saúde há acompanhamento de profissionais capacitados, ou seja, profissionais de Educação Física e profissionais de Enfermagem. Quando lhes perguntado sobre qual o principal motivo que lhe levou a procurar o projeto DANTS, houve resultados semelhantes, onde (37,1%) evidenciou aumento da perspectiva de vida, (32,6%) é por possuir recomendações médicas, e logo em seguida com (27,4%) é pelo lazer ou prazer em praticar as aulas. Outro dado detectado foi o valor de (100%) das respostas obtidas positivamente quando perguntado se a prática dos exercícios físicos satisfaz as suas necessidades, podendo concluir então a satisfação da totalidade dos entrevistados. Sobre a alimentação dando ênfase para o consumo de sal, detectou-se que (45,7%) dos alunos ingerem consumo médio de sal diariamente. Em relação às pessoas que retiraram de sua alimentação o sal, detectou-se (41,1%), porém um dado que preocupa é que 13,1% degustam alimentos onde tem um alto consumo diário de sal. Em relação à média, sobre o uso do tabaco observamos com (87,4%) os que não fumam já as pessoas que tem o hábito de fumar aparecem com (12,6%). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, analisamos um percentual de (69,7%) para os que não bebem e (30,3%) para os que consomem bebidas alcoólicas socialmente. Todo estudo oriundo desta pesquisa, visa sugerir a sociedade e aos órgãos políticos que outros projetos ou grupos de ginástica, que visam à melhoria da Saúde, o bem estar do corpo e da mente, e também para o tratamento de Doenças e Agravantes, também possam ser implantados em outros locais e estabelecimentos de nossa região, beneficiando assim nossa população.

ABORDAGENS METODOLÓGICAS DIFERENCIADAS PARA A TERRITORIALIZAÇÃO: EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – MANGUINHOS/RJ

Isabella Koster, Giselle Pereira Marques, Douglas da Silva Souto, Erika Encarnação Arent, Luciana dos Santos Ribeiro, Patrícia Evangelista da Silva, Nelithon da Silva Rangel, Daniela Rocha Pinto de Jesus

Palavras-chave: Territorialização, Risco Familiar, Estratégia Saúde da Família, Equidade

A (re) divisão das áreas de adscrição das equipes é uma necessidade constante na Estratégia Saúde da Família (ESF) devido ao caráter vivo e dinâmico dos territórios e implementações das políticas públicas de saúde e urbanização no Brasil. Tradicionalmente, a territorialização na ESF é realizada com base em informações dos censos demográficos e o mapeamento organizado em setores censitários, porém tem levado à algumas distorções após a implantação das equipes. Segundo Goldstein et al (2013), usualmente os dados dos censos demográficos são superiores aos obtidos nos cadastros do Sistema de Informação da Atenção Básica. Apesar de estes instrumentos serem potentes para o planejamento, reduzem a análise do território pelo consagrado fim administrativo, limitando o seu potencial e as possibilidades na identificação de questões de saúde e iniciativa de intervenções concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (Santos e Rigotto, 2010). Com o desenvolvimento do trabalho nos territórios, a identificação das distorções passam a ser reconhecidas, conduzindo aos ajustes necessários, em especial pensando em maior igualdade dos usuários no acesso. Manguinhos representa esse caráter e essa tradição, geradores de iniquidades e fragmentações

na territorialização, inclusive ocasionando descontinuidades territoriais, sendo sempre realizado sob o domínio das urgências gerenciais. Atualmente, a cobertura das 20 comunidades deste bairro é realizada por 13 equipes, em duas unidades básicas, com diferenças significativas entre elas na proporção de pessoas/famílias. Observa-se essa iniquidade também intraequipe, pelas microáreas. Em 2013, este território recebeu mais cinco novas comunidades, por consequência do redesenho territorial do Município do RJ, frente a expansão da ESF, impulsionando a gestão local para o desafio de redivisão do território, em busca inclusão destas comunidades, e na equação do problema da iniquidade e ajustes cartográficos. Assim, objetiva-se neste relato de experiência demonstrar a aplicabilidade de abordagens metodológicas diferenciadas na territorialização na ESF, participativas e mediadoras dos desequilíbrios produzidos pelo caráter vivo do território e da organização do trabalho. A (re) territorialização de Manguinhos foi estruturada em três etapas inter-relacionais e em simultaneidade: mobilização e elaboração do plano, operacionalização participativa da redivisão e monitoramento. Inicialmente, realizou-se uma oficina com integrantes da gestão, do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e representações dos Agentes Comunitários das equipes para elaboração das diretrizes e mobilização, formando um grupo de trabalho ampliado com os gestores e ACS representantes. Este grupo projetou e coordenou o plano de trabalho contendo os seguintes componentes: qualificação da informação das fichas de cadastro por meio do fortalecimento do processo de trabalho dos ACS; mapeamento e geoprocessamento com o desenvolvimento de instrumentos de georeferenciamento das informações e qualificação dos mapas virtuais; análise do risco e vulnerabilidade por meio da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004) adaptada e aplicada ao banco de

dados informatizado do SIAB, utilizada intensamente como fator mediador entre o número de famílias, pessoas e recortes geográficos, representado a essência da metodologia desta (re) territorialização; o monitoramento das ações, por meio de constantes relatórios obtidos tanto das bases informatizadas e reuniões periódicas entre o GT e todos os trabalhadores, tendo como o espaço principal a Educação Permanente; e por fim, a gestão participativa que envolveu o desenvolvimento de estratégias permanentes de inclusão dos trabalhadores e da população na tomada de decisões, dando destaque ao processo de renomeação das equipes, visto que há tempos a correlação dos nomes a comunidade de cobertura já não representava mais a realidade e era fator de confundimento para as equipes que cobriam mais do que uma comunidade. O modo de operação da redivisão partiu da aplicação da análise do risco familiar, número de famílias e pessoas sobre o território observado em quatro quadrantes. Envolveu a aferição de risco em 13.923 famílias cadastradas com 43.384 indivíduos, em composição com o cálculo das projeções populacionais dos novos territórios para o estudo das médias entre as equipes. Destas, 4.108 encontravam-se em risco, estratificados em 2.209 em Risco 1, 1.114 em Risco 2 e 757 em Risco 3, sem considerar a população das novas comunidades, ainda não cadastradas. A análise destacou a inequidade entre equipes e/ou microáreas, onde as mais populosas possuíam um maior quantitativo de famílias em risco. Por exemplo, enquanto numa equipe se observou o cadastro de 698 famílias, sendo 291 em situação de risco, com 2193 pessoas, noutra haviam 1087 famílias, sendo 561 em situação risco, com 3679 indivíduos. A partir destas análises, a redivisão das áreas de cada equipe foi pensada inicialmente pelo grupo de trabalho por quadrantes e dialogada com todos os trabalhadores passo a passo. Em seguida, a

redivisão das microáreas, foi realizada com a participação das equipes, em especial dos ACS. A migração dos bancos de cadastro familiar foi realizada conjuntamente com a equipe de apoio à informação e monitorada constantemente pelos relatórios emitidos pelo sistema de informação, a cada (re) divisão de equipe. Esse processo se iniciou em maio de 2014 e finalizou em agosto de 2015, considerando inclusive a migração do banco de cadastros, ajustes territoriais específicos e processo de mudança participativa dos nomes das equipes. Os principais desafios envolveram considerar a perda de informações pelo lapso natural entre a atualização dos dados do sistema e a vida real, assim como a mediação e negociação dos conflitos inerentes a ruptura dos vínculos da população com as equipes e unidades e dos trabalhadores vista as perdas e ganhos que aparentemente sobrecarregam ou amenizam a carga de trabalho. Percebeu-se que o mesmo desafio acima foi catalizador de uma renovação de vínculos com a população, ou seja, a apropriação do novo desenho territorial levou a uma necessidade de reconhecimento da microárea pelo ACS e por consequência um aumento de cadastros familiares que não estavam ainda vinculadas. Em tempo, pretende-se ainda realizar uma nova análise do risco familiar, primeiro pela observação do grau de qualificação da informação em decorrência da breve atualização dos dados cadastrais gerados pela apropriação dos ACS de seus novos territórios e segundo para a constatação se os objetivos foram alcançados. Mas de um modo em geral, observa-se que a distribuição entre as equipes estão próximas ao planejado em termos de famílias e pessoas, considerando o risco familiar e a melhoria dos desenhos cartográficos das áreas adscritas. Vale considerar que a produção de equidade na proporção de pessoas/famílias nas equipes é favorecer a melhoria do acesso ao Sistema Único de Saúde.

ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Pedro Alves de Araújo Filho, Camila Rebouças Citó, Patrícia Soares Cavalcante, Roana Façanha da Silva, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Vanessa Calixto Veras Sanca, Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

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

INTRODUÇÃO: A inserção da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para reorganizar o modelo de atenção. Ampliar o acesso às ações e serviços odontológicos, além de influenciar a reorientação do processo de trabalho e a ressignificação dos saberes e práticas para a atuação da saúde bucal. Nesse contexto, o acolhimento é definido como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito ativo no processo de produção da saúde. Este trabalho tem por objetivo relatar o processo de implantação e operacionalização do Acolhimento em Saúde Bucal com Classificação de Risco vivenciados nos cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em Fortaleza, ênfase da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A ESF tem como pressupostos a responsabilidade sanitária e a coordenação do cuidado territorializados, considerando o indivíduo em seu contexto familiar e inserção sociocultural como centro estratégico da

organização do cuidado. Os profissionais da odontologia como parte da equipe de referência da ESF, geralmente apresentam dificuldades em superar questões organizacionais para atendimento da demanda. Nesse caso, a implantação de acolhimento tensiona e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas formas de acesso às ações e serviços de saúde bucal, influenciando nas relações entre os trabalhadores e nos modos de produção do cuidado. Com isso, organizar-se a partir do acolhimento, mais do que um modo de operar os processos de trabalho em saúde e de escuta qualificada da demanda, exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ações e serviços ofertados que ela tem apresentado para lidar com as necessidades/demandas de saúde da população. Necessitando assim, considerar a adequação da estrutura física/capacidade instalada, cobertura populacional pela ESF, manutenção dos serviços e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações e serviços odontológicos. Para sistematização e delineamento das vivências que desencadearam nesse relato de experiência, foi utilizada a metodologia proposta por Holliday (2006), segundo o qual um relato de experiência deve ser organizado em cinco tempos: 1. Ponto de partida; 2. Perguntas Iniciais; 3. Recuperação do processo vivido; 4. Reflexão de fundo; e 5. Pontos de chegada. **RESULTADOS:** Tendo por base os tutoriais da RIS-ESP/CE que orientam o processo de territorialização durante a imersão e inserção comunitária e a organização do processo de trabalho dos residentes nos territórios de atuação, os quais são entendidos como momentos cruciais para subsidiar o planejamento e a organização do processo de trabalho na ESF, configurando assim, o ponto de partida desse relato. Como parte do processo de territorialização, além de aspectos epidemiológicos, sociais, políticos e relações

de poder que puderam ser identificados/percebidos, procurou-se apreender aspectos referentes a cada categoria. Subsidiando as perguntas iniciais e a reflexão sobre a organização do processo de trabalho da odontologia. Observou-se que o acesso era restritivo e excludente baseado na demanda espontânea e nas filas da madrugada. Associado a falta de padronização do processo de trabalho da categoria nas unidades de saúde. A residência tem como diretriz que o Acolhimento em Saúde Bucal com Avaliação e Classificação de Risco, constitua-se na ferramenta prioritária para organização do acesso e acolhimento dos usuários às ações e serviços odontológicos nos cenários de prática dos residentes. O Acolhimento foi desenvolvido seguindo o Tutorial para o planejamento e implantação do Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família da RIS-ESP/CE, o qual está estruturado nos seguintes pontos: 1. Diagnóstico situacional; 2. Identificação de locais na comunidade; 3. Protocolo de avaliação e classificação de risco; 4. Planejamento 5. Operacionalização. O primeiro e segundo pontos já foram levantados durante o processo de territorialização, que permitiu a contextualização da área adscrita e proporcionou a identificação de locais na comunidade para o estabelecimento de parcerias para a realização dos acolhimentos. O protocolo de avaliação e classificação de risco tem por objetivo facilitar a operacionalização dos acolhimentos e o alinhamento entre os profissionais. O referido protocolo foi adaptado de uma experiência anteriormente desenvolvida no município. Dessa forma a classificação de risco seguia os seguintes critérios: Risco 1: sem atividade de doença/ sem necessidade assistencial (lesão de mancha branca; gengivite; presença de biofilme) Risco 2: com necessidade de assistência programada (cáries pequenas, presença de cálculo,

Periodontite crônica, Traumatismo leve); Risco 3: com necessidade de assistência prioritária (cáries ativas e amplas, presença de foco de infecção, periodontite severa, necrose pulpar, lesões de tecido mole, dente decíduo c/ permanente erupcionado, urgências); Tratamento único: com necessidade de um único procedimento e/ou referência ao serviço de atenção secundária. A Operacionalização do acolhimento era dividida em quatro momentos basicamente: 1. Recepção dos usuários: momento em que os ACS faziam o preenchimento de uma ficha de identificação dos usuários; 2. Orientações gerais: momento de explicação dos objetivos do acolhimento e de pactuação com os usuários sobre os critérios de prioridade do atendimento; 3. Execução de ações de educação e promoção em saúde, com caráter multidisciplinar, envolvendo toda equipe de residentes; 4. Escuta e avaliação individual: cada usuário é examinado e classificado de acordo com o protocolo. Como reflexão de fundo destacamos que os acolhimentos ajudaram a reduzir as barreiras ao acesso dos usuários na busca pela atenção à saúde bucal, constituíram-se em momentos de participação popular e de co-responsabilização entre profissionais e usuários, além do estímulo a formação de vínculo. Entretanto, não foi atingida a potencialidade dessa diretriz operacional e sua evolução depende do entendimento que este é um processo dinâmico e como tal necessita ser constantemente reavaliado, repensado, re-planejado para que ele possa se constituir num dispositivo que permita instituir mudanças na organização do processo de trabalho e romper com os processos cristalizados. Dentre os limites dessa ferramenta apontamos que apesar de ser uma diretriz da Política Municipal de Saúde Bucal para organização do processo de trabalho da categoria, com exceções pontuais, os acolhimentos restringiram-se ao contexto da residência, decorrentes da

falta de apoio e suporte para implantação dessa diretriz, associado à baixa cobertura populacional, às deficiências estruturais, manutenção e descontinuidade dos serviços ofertados; dificuldades de interação entre residentes e profissionais do serviço. As limitações e contradições discutidas nesse relato, refletem questões imanentes da precarização e constrangimentos do próprio SUS, enquanto política de saúde pública, as quais inviabilizam os atributos esperados para que a ESF seja efetivada como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, como ordenadora das redes de atenção à saúde e coordenadora do cuidado integral, contínuo e longitudinal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acolhimento proporciona um estabelecimento e fortalecimento do vínculo, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores. Entendendo o acolhimento como ferramenta para organização do processo de trabalho e como diretriz de gestão para o acesso às ações e serviços de saúde, prescinde de apoio institucional e de condições estruturais condizentes com a potencialidade esperada.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT): TECENDO REDES DE AFETO E DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Vera Lúcia Pasini

Esta é a história de Rita, contada não por ela mesma, mas por pessoas de diversas equipes que acompanharam, em algum espaço de tempo e/ou lugar, alguns de seus itinerários pela cidade de Porto Alegre e arredores. Como toda narrativa, que representa uma seqüência de acontecimentos interligados, onde a atenção maior está em tramar os fios de memórias, acontecimentos e experiências compartilhadas de cuidado em saúde mental, sem necessariamente

respeitar uma ordem cronológica ou buscar uma “moral da história”, esta ainda tem mais uma particularidade: Rita não será narradora direta. Nós – grupo que decidiu registrar e compartilhar esta história – vamos cuidadosamente formatar esta bricolagem a partir de relatos, análise de documentos e memória. É possível que alguns acontecimentos narrados não sejam “fiéis a realidade”, quem vai saber ao certo? E talvez isto tampouco importe, considerando que a própria Rita - misturando seu delírio, suas razões e seus medos – às vezes se define enquanto esposa, mãe ou cigana. Uma de cada vez, todas ao mesmo tempo, nenhuma delas em outros momentos. Conhecemos Rita como “peregrina”, vivendo itinerante entre diferentes espaços da cidade. Em suas itinerâncias, busca viver sua vida autônoma, próxima das pessoas as quais se vinculou no seu percurso pela vida. É assim que ela se apresenta quando, após um período de “andanças por terras distantes” – nos caminhos entre a casa de seu pai em Gravataí e as casas de alguns dos seus nove irmãos –, regressa invariavelmente para sua “terra Santa”: o terreno onde vive seu ex-marido e a família extensiva (ex-sogra, ex-cunhada), lugar onde, apesar da precariedade em que vive, encontra seu “porto seguro”. Em seus encontros com os diferentes trabalhadores de saúde que tentam cuidar dela, de diferentes maneiras, apresenta seus desejos: uma casa, uma família... Em uma primeira tentativa de resposta, nós, fazemos o que bem sabemos fazer: oferecemos tratamento (e não cuidado), insistimos que tome medicação, que faça exames, que se vincule a uma Unidade de saúde. Mas ela nos desafia a buscar mais! Exige que, possamos “aquietar” a nossa “fome de tratar”, nosso “furor curandis” para escutar e observar – para aprender! – a partir dos seus movimentos pela vida e pelo imaginário, novas práticas de cuidado em saúde. Freud já nos alertava dos riscos dessa nossa excessiva necessidade de

“curar” os pacientes de seus sintomas sem dar ouvidos ao que ele/a quer. Muitas vezes esse é o nosso desejo, eliminar os sintomas, mas será que é também daqueles que nos propusemos a cuidar? Para nossa pergunta sobre: o que sentes? onde dói? Rita pede um bloco de notas e caneta: quer registrar coisas, anotar pensamentos. Rita parece nos apontar os tempos difíceis em que vivemos, onde o tempo é curto, passa rápido e as pessoas não podem “perdê-lo”, “gastá-lo”, com um olhar e uma escuta mais demorada para com o outro! Mudar o ponto de vista! Esse é o desafio. Não é ela quem precisa se aproximar da “turma toda” – que neste momento do processo soma mais de 20 pessoas, entre equipes da Atenção Básica, CAPS, Apoio Matricial, Assistência Social, Judiciária. Porém, a inquietude de aceitar o modo de viver de Rita leva alguns profissionais a avaliar que uma internação compulsória é a intervenção a ser feita, o que não é aceito por todo o grupo. Para onde seguir? A única certeza era de que o caminho que escolhemos não era o melhor – e isto, diariamente Rita nos avisava (com sua agitação, gritos, “sumiços”, andanças...). E se, em vez de decidir por ela, somente a seguíssemos? Ou melhor, a acompanhásemos? Entra em cena a aposta de o Acompanhamento Terapêutico (AT) como protagonista deste cuidado. Assim nos deixarmos “andarilhar” pela cidade, acompanhando Rita e seus devaneios. Processo delicado de aproximações cuidadosas nas quais ela hora deixa ficar, hora some, hora resiste... O caminho vai se fazendo ao andar e, em uma caminhada de quase duas horas pela zona norte de Porto Alegre, Rita fala da história de sua vida e de desejos (quis parar em um prédio para se informar sobre o apartamento que estava para alugar. Rita quer ter uma casa que seja sua e adequada para viver). Alguns delírios também estiveram presentes e ganharam novas formas no seu caminhar.

O seu habitar pela cidade a transforma e é por ela transformado. Nessa circulação, Rita aproveita o que pode do território: caminha observando e recolhendo coisas que lhe interessam e reaproveitando objetos e comidas que outras pessoas jogaram fora e vai percebendo sua acompanhante terapêutica (at) de maneira diferente, não mais como alguém que estava ali para saber o que ela precisava ou para controlá-la, mas como alguém que estava acompanhando-a em seu percurso. Produz-se então um desvio, abre-se uma fresta para o exercício de um cuidado que considere desejo de Rita. No decorrer dos ATs Rita traz queixas de saúde: fala de infecção urinária, dente infeccionado, osteoporose... Refere que tenta ir à unidade de saúde ou ao hospital e não é atendida na maioria das vezes, pelo menos não de acordo com sua necessidade. Mas, em um determinado tempo, ou melhor, no seu tempo, pede por um acompanhamento médico, também pede por uma internação... Uma internação para “descansar a cabeça” e tratar de seus problemas clínicos. Entende esta internação como algo muito diferente daquelas dos hospitais psiquiátricos, para as quais foi levada enrolada em um lençol e carregada pelo ex-marido. A “turma” volta a discutir a internação, mas agora pelo desejo de Rita, para construir estratégias de um trabalho que possa dar sustentação ao desejo de cuidado. Telefonemas e conversas com os gestores dos serviços para “driblar” as regras prescritas para organizar os fluxos e pouco atentas às singularidades, e vai se tecendo uma rede entre os serviços (que também é tecida com os fios dos afetos) com a qual apostam que Rita se sinta amparada. No dia combinado para a internação, a at foi até Rita e juntas foram até o hospital, de ônibus, apresentando-se com lençol e maquiagem. Lá, foram recebidas por profissionais que conversaram com ela de forma bastante sensível e acolhedora,

assegurando-se de que ela compreendia a situação. Rita, sempre fugindo da pressão de um tempo que não é seu, que lhe é imposto, até então não havia aceitado os tratamentos propostos. Nesse momento, percebendo que o tempo era de mudanças, aceitou o que lhe foi sugerido. Foi preciso delicadeza e espera - tardança, respeito ao seu tempo e sua dança -, para que ela pudesse começar a demandar cuidado. Foi preciso também muitas reuniões da rede de serviços que pretende cuidá-la, para que os profissionais se dessem conta que tinham que escutá-la em seu desejo, não colocando nossa “vontade de estabilidade” em seu lugar. A internação de Anita contou com o empenho de trabalhadores de várias equipes para que pudesse significar acolhimento e não recolhimento. Constituiu-se uma experiência singular, que merece ser narrada como inspiração a outras situações em que uma internação pode ser tomada como dispositivo de cuidado potente para um momento de vida, e não como condição de vida.

AME HUAB: UMA NOVA FORMA DE PRODUZIR SAÚDE

Cilânea dos Santos Costa, Cecilya Mayara Batista, Danielle Cristina Gomes, Rayane Santos Lucena, Mícarla Priscila Silva Dantas, Cláudio Orestes Britto Filho, Jéssica Rangel

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Projeto Terapêutico Singular, Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

O presente trabalho traz um relato de experiência do ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), a partir do olhar da equipe de residência multiprofissional da instituição. O HUAB compreende uma unidade de ensino vinculada à Universidade Federal do Rio

Grande do Norte e desenvolve ações de Média Complexidade ambulatorial e hospitalar que é referência no atendimento materno-infantil para a região do Trairi do Estado, abrangendo quinze municípios circunvizinhos, que tem como missão: “Prestar assistência materno - infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”, referencial para as ações desenvolvidas no serviço. Dentro dos ambulatórios disponibilizados na instituição, encontra-se o ambulatório de pediatria, que atende demandas por consulta de puericultura, acompanhamento de crianças portadoras de necessidades especiais, filhos de mães portadoras do HIV/AIDS, bem como, referência pediátrica para atenção básica dos municípios da região. Entretanto, em face de algumas fragilidades na atenção básica da região, o ambulatório acaba atendendo casos de baixa complexidade, em virtude da dificuldade de acesso ao acompanhamento adequado e realização de exames e tem se constituído uma via de atendimento dessas necessidades em saúde da população. O ambulatório pediátrico constitui cenário para a prática da equipe de residência multiprofissional, composta por profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, desde março de 2015. Participam ainda da consulta o pediatra, os residentes de pediatria e estudantes de medicina. A inserção da equipe multidisciplinar se deu a partir da compreensão da importância da participação holística nesse campo de atuação por parte da gerência de ensino e pesquisa e o pediatra responsável pelas conduções das atividades no referido ambulatório. O nosso primeiro contato com o cenário de prática se deu em julho do corrente ano. A percepção inicial que tivemos foi que o formato do atendimento não privilegiava uma abordagem

multiprofissional, nem tampouco oferecia condições de trabalho adequadas para equipe. Cabe situar que o referido espaço da sala do ambulatório era inapropriado, sem oferecer ambiência física, social e profissional para o cuidado integral com as crianças e os adolescentes. Percebemos ainda, que embora houvesse um incentivo e valorização do profissional médico para nossa atuação no ambulatório, todo o modelo do cuidado girava em torno do saber médico, desde a busca pelos serviços através dos usuários, até os instrumentos utilizados na consulta, algo comprovado através do prontuário do paciente que só contemplava aspectos inerentes à intervenção deste profissional. Historicamente, as práticas de saúde tiveram na figura do médico o protagonista principal no cuidado em saúde, as demais profissões foram se inserindo de forma subsidiária e de complementaridade as suas ações, no sentido de melhorar o diagnóstico e adesão ao tratamento. Diante dessas situações mencionadas acima, a equipe de residentes passou a problematizar o processo de trabalho junto com profissional médico, no sentido de buscar uma melhor integração entre os saberes e transformar o formato dos cuidados a serem ofertados à comunidade usuária do serviço. Para tanto, passamos a desenvolver reuniões de planejamento, momento rico em discussões, interação e co-produção desse espaço de produção de saúde. Como deliberações e conquistas avançamos, na denominação, atualmente concebido como Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME). Tivemos ainda mudanças do espaço físico, que conta com estrutura lúdica e acolhedora para atendermos as crianças, adolescentes e seus acompanhantes, conforme, preconiza a política nacional de humanização, que preconiza a ambiência como via para defesa dos direitos dos usuários a uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. No que

tange aos aspectos interventivos dos profissionais, em face da compreensão das necessidades de saúde da população atendida pela respectiva instituição, bem como identificadas as fragilidades e lacunas da rede de serviços da região, optamos por traçar um perfil do público-alvo que mais requer atenção multiprofissional, claro sem ferir a lógica da universalidade do acesso, conforme preceitua a Constituição Federal, mas visando a atenção a esses sujeitos, que mais demandam cuidados e que não têm recebido a assistência devida. Diante disso, entendemos que o público-alvo prioritário para as ações do AME deveriam ser as crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais, as crianças prematuras, as portadoras do HIV/AIDS e as sindrômicas. Diante disso, e por entendermos a saúde a partir da visão ampliada, o que pressupõe um atendimento para além da doença, percebendo todos os condicionantes e determinantes que incidem na saúde dos sujeitos e que perpassam os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, traçamos uma nova proposta de intervenção, de forma que contemplasse todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, como a equipe multiprofissional, a equipe médica e os usuários. Diante disso, elaboramos um projeto de intervenção para a referida linha de cuidado, o qual é composto por consultas multiprofissionais com a utilização de um prontuário transdisciplinar, com a implantação de projeto terapêutico singular para os usuários (as) do AME, bem como um espaço destinado as discussões dos casos entre a equipe de saúde. Ressaltamos que ainda estamos na fase inicial, na qual já elaboramos um prontuário transdisciplinar, que se encontra em fase de testagem nas consultas multiprofissionais, uma vez que pretendemos institucionalizá-lo. O prontuário transdisciplinar permite a equipe multiprofissional apreender os sujeitos em

sua totalidade, possibilita a identificação das necessidades em saúde deste, o que permite o acompanhamento da terapêutica a ser utilizada, dentro de uma perspectiva de construção coletiva desse cuidado. No que concerne a discussão dos casos com toda a equipe, além de contribuir para o processo de ensino e aprendizagem dos sujeitos envolvidos na proposta, tem como objetivo refletir sobre o quadro de saúde do usuário (a), os objetivos terapêuticos desenhados pela equipe e o usuário (a), as propostas de intervenção, bem como os encaminhamentos necessários a serem realizados junto a rede intersetorial e por fim a avaliação das ações propostas e seus respectivos resultados. Essa proposta encontra-se na fase embrionária, no entanto, não da forma como pretendemos instituir com a implementação e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, que desenvolveremos junto a todos os usuários(as) que são acompanhados pelo AME. O projeto consiste no cuidado construído entre a equipe multiprofissional de saúde, os usuários (as), seus familiares, considerando as particularidades de cada sujeito. Esse projeto terá impacto relevante como ampliação da atenção integral, com o fortalecimento da humanização no atendimento, protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, destacadamente a maior autonomia dos profissionais. Maior contato com a rede intersetorial, redução dos encaminhamentos para especialidade do hospital, uma vez que os usuários tem uma equipe multiprofissional que o atende de forma integral, o que por sua vez acarreta na minimização e desconstrução do enfoque da burocratização, setorialização, compartimentalização, algo que rebate na melhoria da adesão e continuidade do tratamento, respeitando sua autonomia, participação, protagonismo e coresponsabilidade entre as ações traçadas

coletivamente. Diante disso, analisamos que o referido projeto de intervenção tem como proposta tornar essas práticas uma realidade a ser vivenciada no cotidiano da instituição favorecendo o cuidado integral em saúde, o que contribuirá para melhoria da assistência prestada, como também para o processo de ensino e aprendizagem dos sujeitos envolvidos, uma vez que o hospital é um espaço de ensino e pesquisa.

AMIANTO NO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM GRUPO DE TRABALHO ENVOLVENDO O MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO E 7 CEREST DE SANTA CATARINA

Rodrigo Momoli, Regina Dal Castel Pinheiro, Andressa Silva, Junir Antonio Lutinski, Sinval Adalberto Rodrigues Junior

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Asbestose, Amianto, Câncer

Apresentação: Para alguns estudiosos do tema, o amianto ou asbesto como também e conhecido, trata-se de uma fibra de origem mineral, derivada de rochas metamórficas eruptivas, que por processo natural de recristalização transforma-se em material fibroso. É conhecido desde a antiguidade pelo homem primitivo, que o misturava com barro para conferir propriedades de refratariedade aos utensílios domésticos. É considerada uma substância de comprovado potencial cancerígeno em quaisquer das suas formas ou em qualquer estágio de produção, transformação e uso. Cooke, em 1924, foi o primeiro a estabelecer claramente, mediante quadro clínico do paciente com achados na necropsia, a correlação entre ocupação e doença grave, por ele denominada, em 1927, "fibrose pulmonar", na verdade, o mesmo tipo de pneumoconiose grave - asbestose - nome com que passou a ser conhecida

esta doença. No Brasil, já no ano de 1980, o Prof. Reynaldo Quagliato Júnior, do Serviço de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) publicava comunicação científica relativa a um caso de asbestose proveniente da indústria de cimento-amianto, onde o paciente havia trabalhado por 12 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a crisotila, uma das três fibras é a mais relacionada a diversas formas de doença pulmonar (asbestose, câncer pulmonar e mesotelioma de pleura e peritônio, câncer renal, colo-retal), não havendo nenhum limite seguro de exposição para o risco carcinogênico de acordo com o Critério 203, publicado pelo IPCS (International Program on Chemical Safety) Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS recomenda, o amianto deve ser substituído sempre que possível. De modo similar a OIT (Organização Internacional do Trabalho) já o fizera em sua Convenção 162 de 1986. Os primeiros países a banirem o amianto foram a Suécia e a Islândia no ano de 1983. Após, mais 56 países proibiram ao uso da fibra. No Brasil, 7 (sete) Estados proibiram o uso do amianto: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo, Mato Grosso, Espírito Santo, Pará e Mato Grosso do Sul (sendo que neste último a lei foi revogada pelo Supremo Tribunal Federal-STF por considerar que houve invasão da competência da União). Estima-se que a população brasileira direta e ocupacionalmente exposta seja de 500.000 pessoas. Destas cerca de 20.000 são trabalhadores da indústria de exploração e transformação – mineração, cimento-amianto, materiais de fricção e outros. Destacam-se também os trabalhadores da construção civil e os de empresas de materiais de construção que comercializam telhas à base de amianto. Há, entretanto,

cerca de outros 300.000 trabalhadores envolvidos em manutenção e reparos de sistemas de freio no país, segundo estimativa do Sindipeças (Sindicato Nacional da Indústria de Autopeças), e uma parcela desconhecida, de trabalhadores informais, principalmente, em atividades como instalação de coberturas, caixas de água, reformas, demolições, instalações hidráulicas, etc. O conhecimento dos problemas de saúde causados pelo asbesto no Brasil advém da detecção de casos de doenças - em especial, da asbestose - enquanto doença profissional, específica e clássica, e do mesotelioma maligno de pleura, na qualidade de doença epidemiologicamente “relacionada com o trabalho” Isto posto, vale o registro de que, ao que tudo indica, a primeira referência no Brasil sobre as doenças relacionadas ao asbesto está registrada no Boletim no 98, do Departamento Nacional da Produção Mineral, publicado em 1956, sob o título Higiene das Minas - Asbestose, monografia elaborada pelos médicos Carlos Martins Teixeira e Manoel Moreira. Trata-se de estudo realizado nas minas de asbesto em uma empresa no Município de Nova Lima, Minas Gerais e na usina de beneficiamento do minério. Desenvolvimento do Trabalho: em uma ação interinstitucional conjunta o Ministério Público do Trabalho de Santa Catarina (SC) CEREST estadual com mais 6 CEREST regionais do estado, iniciaram no ano de 2014 uma força tarefa para comprovar a relação entre o asbesto e a morbimortalidade por doenças respiratórias em todo os estados de Santa Catarina, objetivando o controle das exposições bem como a efetivação do cumprimento da legislação vigente relacionada ao amianto no estado catarinense. Para tanto, equipes técnicas de todos os CERESTs de SC junto com representantes do MPT do estado desenvolveram encontros mensais para traçar estratégias de ação. Inicialmente

foi realizado um levantamento junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de todos os óbitos por câncer de pulmão (mesotelioma) ocorridos no estado nos últimos 20 anos. Posteriormente, os registros dos óbitos foram cruzados com o banco de dados de trabalhadores que em algum momento da vida laboral foram expostos às fibras de amianto. Outra ação foi a realização de reuniões públicas em 5 macrorregiões de abrangência de CEREST de SC, nas quais o MPT de cada região convocou todos os comerciantes que comercializam materiais com fibras de amianto, solicitando que as referidas empresas o atendimento ao que preconiza o anexo 12 da NR15. Impactos percebidos: o resultado das audiências públicas promovidas pelo MPT e CEREST nas regiões de saúde resultou no comprometimento das empresas a não mais comercializarem produtos que contêm amianto devido aos custos para atender a legislação vigente. Embora algumas empresas continuem a comercializá-los, estão, porém, cumprindo com a legislação. Com relação à investigação dos casos de óbitos identificados no SIM e o banco de dados de trabalhadores que em algum momento da vida laboral foram expostos às fibras de amianto foram encontrados 148 casos, os quais passarão por uma investigação mais aprofundada para a comprovação do adoecimento pela exposição a fibra de amianto. Considerações Finais: diversas literaturas científicas comprovam os malefícios do asbesto à saúde humana; o Brasil é um dos países da América Latina a comercializar artefatos com base nesta matéria-prima, contudo alguns estados e inclusive alguns municípios brasileiros já aprovaram leis próprias banindo esta fibra cancerosa e poupando assim trabalhadores e toda a sociedade de riscos a doenças relacionadas. Em SC esta ação interinstitucional entre MPT e CEREST busca aprofundar as investigações

entre a relação da morbidade e a exposição às fibras de asbesto. Acredita-se que tal experiência pode servir de exemplo a outros estados que buscam melhorar a condição de saúde de seus trabalhadores e de toda a sua população.

ANÁLISE DE DISCURSO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

João Carlos Gomes Fabrini, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Atenção Básica à Saúde, Integralidade

INTRODUÇÃO: Este relato de experiência é um recorte do Projeto Extensão “Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB)” e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). A experiência na Atenção Básica na cidade de Dourados nos fez compreender que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) se tornou essencial para a promoção e prevenção de saúde (PINTO e FRACOLLI-2010), com orientações e aconselhamentos aos usuários, assim gerando uma melhora na qualidade e agilidade dos atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Com toda essa importância, o trabalho do ACS veio com muitas responsabilidades e marcado pela crescente demanda de serviços, por conta do grande aumento de população em determinadas regiões da cidade. O aumento de população e de famílias cadastradas têm causado uma sobrecarga de trabalho, pois o território não foi redimensionado. Assim, o mesmo ACS que era responsável por atuar em uma determinada região, com um número de família previsto teve que se flexibilizar para atender o aumento da

demanda. Isso veio com um enorme prejuízo para o Agente e para o serviço. Com essa sobrecarga de trabalho ocorreram muitos pedidos de afastamentos de suas funções por conta de forte carga emocional, além de problemas físicos por conta da locomoção a pé em grandes áreas de atuação, com ruas de terra e exposição ao sol com altas temperaturas. Com os afastamentos ocorreram diversos problemas com as áreas sem cobertura de responsabilidade da UBS. Nossa atuação é orientada pela análise do discurso e objetiva compreender mais sobre o trabalho do Agente de Saúde e assim podemos aprofundar o conhecimento sobre esse profissional e a importante tarefa que tem na Atenção Básica à Saúde. Buscamos ouvir a opinião do Agente sobre o SUS, o local de trabalho, o que poderia ser feito para mudar, as maiores dificuldades e os prazeres na realização de seu trabalho. **DESENVOLVIMENTO:** É necessária uma investigação de como superar as dificuldades enfrentadas pelos ACS, e quais são seus sofrimentos, queixas e sugestões de como seria possível uma melhor forma de realizar seu trabalho. E, também, como fazer para um melhor reconhecimento de sua função para os outros profissionais e para usuários. Na atividade em andamento temos acompanhado os ACS durante a realização de sua função (em visitas domiciliares, nos programas oferecidos pela UBS, como o HiperDia e Puericultura, entre outros). Durante as visitas que os ACS realizam através do acompanhamento é verificado como é seu trabalho, como são realizados atos e conversas com os usuários, como são feitas as orientações e encaminhamentos e as dificuldades encontradas. Ao término das visitas, são realizadas conversas informais para entender o que o ACS pensou sobre a visita realizada, o que ele tem a dizer sobre essa visita, se teve dificuldade, qual tipo, como poderia ser resolvida, se é um problema com o usuário ou com o sistema de trabalho da UBS. O trabalho

também é realizado por meio de escuta e análise nas rodas de conversa (reuniões de equipe e momentos informais) dos ACS com os usuários e com os demais colegas de trabalho da equipe da UBS. Através da escuta e das conversas entre eles foram adquiridas muitas informações concretas sobre o que realmente estão pensando sobre os serviços, seus superiores, gestores, equipes e usuários. Notamos a ausência de qualquer menção sobre o Conselho Gestor da unidade ou, ainda, sobre o Conselho Municipal de Saúde. **RESULTADOS:** Durante o tempo de estudo sobre os ACS foram levantadas várias teses e notamos vários problemas encontrados tanto na UBS, como também dificuldades encontradas que extrapolam o próprio poder da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012). Um dos problemas encontrados na unidade de saúde é a falta de materiais para a realização do trabalho do ACS, como papéis, impressoras, computadores, internet e meios de locomoção. Além de problemas materiais há também a sobrecarga de trabalho devido aos muitos pedidos da equipe e também da chefia, além do alto número de famílias a serem visitadas. Outro problema observado foi a falta de reconhecimento, visto também em outros lugares (LEVY, MATOS, TOMITA, 2004). O ACS se refere a sofrimento, pois sabe que o seu trabalho tem uma grande importância, mas não se sente reconhecido, tanto pela equipe quanto pelos usuários. Embora tenha todas as dificuldades o ACS consegue realizar sua função com muita competência. Questionado um ACS sobre o que acontece quando o usuário a quem ele teria que entregar um encaminhamento não está em casa. Ele me responde que faz o possível para que a pessoa não perca a consulta, realizando várias visitas a essa residência tanto a noite, como em feriados ou em dias e horários que não estão em sua carga horária. Em outras visitas foi visto como os usuários confiam nos ACS, contando coisas pessoais,

e problemas da vida. Isso mostra como o ACS tem um papel fundamental nas vidas de usuários, que se sentem muito feliz ao receber a visita, e enxergam o ACS como um amigo. Também é notável o conhecimento que o ACS tem sobre os usuários, ele sabe qual usuário necessita de uma atenção mais especial, quais sofrem violência, quais têm problemas com família e parentes, quais estão passando dificuldades financeiras e várias outras coisas. Eventualmente, encaminhamentos são perdidos e famílias mais trabalhosas são negligenciadas devido ao excesso de trabalho do ACS, este problema não é assumido pela ESF ou pela Secretária Municipal de Saúde com problemas administrativos, mas tomados como problemas a serem resolvidos pelos ACS de forma individual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O que podemos observar é que ocorre uma falta de atenção e investimento no profissional que tem uma função primordial para a saúde da população. Além disso, destacamos a falta de materiais e de reconhecimento, tanto por parte dos usuários, como dos outros funcionários que trabalham na UBS, bem como dos gestores. Somamos ainda as dificuldades em atender as demandas impostas, a sobrecarga tanto emocional quanto física. Fica também notável que não foi dada a devida atenção ao grande crescimento populacional e a distribuição de vagas de ACS na própria UBS, assim a não redistribuição e o mau dimensionamento das microáreas sobrecarrega e prejudica de várias formas os serviços da Atenção Básica de Saúde.

ÁRVORE DO CONHECIMENTO: UMA METODOLOGIA COMO PRÁTICA DE INTERVENÇÃO AO ENFRENTAMENTO DO USO DE DROGAS COM ADOLESCENTES DO MEIO RURAL

Janaina Carneiro de Camargo, Denise Bianchim Gomes, Márcia Pozzagnol

Mossmann, Lucimare Ferraz, Leticia de Lima Trindade, Fátima Ferretti

Palavras-chave: Adolescente, Droga, Metodologia ativa

INTRODUÇÃO: O tema central desse trabalho foi o consumo de drogas na adolescência. Atualmente, estudos do Ministério da Saúde indicam que em nossa sociedade o período da adolescência e juventude é vulnerável às experiências relacionadas à irresponsabilidade, desordem e às noções de crise. Estas são algumas das características que podem emergir durante a juventude e mereceriam atenção pública, devendo ser tratadas como um problema social a ser compreendido e solucionado; e um dos fatores de riscos deste momento poderia estar associado ao uso de drogas. É de extrema importância, que as práticas educativas, voltadas à promoção de saúde, sejam baseadas não somente na universalidade do sujeito como ser individual, mas confirmem a visão de um homem plural, respeitando as diversidades e diferenças. Durante a adolescência pode ocorrer situações de vulnerabilidade que incitem o uso de drogas, pois é um período caracterizado por dúvidas, conflitos, mudanças e descobertas; que podem ocorrer devido às influências sociais, culturais e ambientais que os adolescentes estão expostos. Perante o exposto, torna-se necessário a abordagem da temática: drogas na adolescência. Possibilitando a identificação das fragilidades relacionadas às questões de riscos e desta forma buscando o enfrentamento dessas vulnerabilidades. Nessa perspectiva, desenvolveu-se uma prática de intervenção que teve por objetivo conhecer a concepção dos adolescentes do meio rural sobre as drogas e as implicações de seu uso na juventude, bem como sensibilizar estes adolescentes para o enfrentamento dessa problemática, através da Dinâmica

Criativo Sensível (DCS). OBJETIVO: este relato tem por objetivo apresentar a experiência da prática da DCS na abordagem da temática o uso de drogas em uma escola do meio rural no município de Chapecó – SC. DESENVOLVIMENTO: para o desenvolvimento dessa prática, foi realizada a intervenção no dia 05 de maio de 2015, no período matutino, com duração de 2 horas, na Escola Básica Municipal (EBM) Alípio José da Rosa, localizada na zona rural do Município de Chapecó – SC, com os adolescentes do oitavo ano do ensino fundamental da escola. A turma era composta por 21 alunos, com idade de 13 a 16 anos. A metodologia utilizada foi uma dinâmica do método criativo sensível, chamada árvore do conhecimento. A DCS árvore do conhecimento foi desenvolvida seguindo cinco etapas. No primeiro momento iniciou-se com a “quebra gelo” para que os adolescentes se sentissem acolhidos, realizando a apresentação das pesquisadoras, explicando de que forma aconteceria à dinâmica e o que se esperava com ela, orientando que estaríamos conversando a respeito do que eles conheciam sobre as drogas. No segundo momento foram organizados e dispostos os materiais utilizados na dinâmica, como: tesoura, cola, papel pardo, tiras de papel coloridas, canetas hidrocor de diversas cores. Foram organizados quatro grupos de alunos, e cada grupo colocou sobre o chão os materiais dispostos anteriormente para o desenho da árvore do conhecimento que deveria conter raiz, caule e copa bem definidos. Assim que todos os grupos terminaram o desenho da árvore, foi lançada a primeira questão geradora do debate: E as respostas foram coladas na copa da árvore. A próxima etapa, o terceiro momento, foram apresentadas e discutidas as produções artísticas elaboradas a partir da questão norteadora do debate e neste momento as palavras-chave registradas foram codificadas. O quarto momento

correspondeu à decodificação, que durante a análise coletiva e grupal foram gerados os subtemas em que cada grupo apresentou e explicou sua árvore socializando suas discussões. No quinto momento, última etapa, realizou-se a validação dos dados de acordo com a síntese temática das produções e após os grupos realizarem estas discussões, foram realizadas intervenções frente às questões apresentadas pelos alunos, socializando todas as possibilidades de respostas dos grupos. A partir deste momento foi construída uma nova árvore da turma recodificando as informações coletadas dos pequenos grupos, englobando todos os pontos destacados nas outras quatro árvores. RESULTADOS: os resultados dessa intervenção possibilitou verificar as concepções que os adolescentes trouxeram a respeito da temática em estudo. Foram destacadas a partir das questões geradoras o que vocês reconhecem como riscos relacionados ao uso de drogas? As palavras-chave foram escritas nas tiras de papel e coladas na raiz das árvores. Posteriormente, a próxima pergunta foi: o que vocês reconhecem como tipo de droga? E foi solicitado que as palavras-chave fossem coladas no caule da árvore de cada grupo. Após, foi feita a terceira pergunta: quais são as formas de enfrentar o uso de drogas que vocês reconhecem? E os adolescentes trouxeram na raiz da árvore as palavras-chave relacionadas à dependência, doenças e morte. No caule da árvore foram identificadas tanto drogas ilícitas como cocaína, maconha, narguilé, crack, heroína, êxtase, inalantes, lança perfume, LCD, anabolizantes, quanto drogas lícitas como cigarro, álcool e remédios, evidenciando a consciência de um rol de drogas ampliado. As respostas dos adolescentes referente a copa da árvore evidenciam uma grande ênfase para a reabilitação, trazendo palavras como médicos, tratamentos, internação, reconhecer o problema e palavras ligadas ao apoio das pessoas como família,

amigos, conselhos, solidariedade, carinho, apoio, boas amizades, amor, atenção, compreensão, união e fé. A sensibilização dos adolescentes foi identificada através da árvore do conhecimento quando os mesmos apontaram diversos fatores que contribuem para o enfrentamento das vulnerabilidades do uso de drogas, bem como a partir da socialização em que os adolescentes apresentaram as árvores, destacando palavras-chave relacionadas à rede de assistência profissional e a rede afeto como possibilidades de enfrentamento. Ao final foi desenvolvida uma atividade de avaliação, para verificar a efetividade da intervenção. CONSIDERAÇÕES FINAIS: considera-se que os objetivos foram atingidos, pois durante o processo da construção da árvore os adolescentes discutiram, refletiram, interagiram e apresentaram as suas concepções frente à problemática. A metodologia escolhida apresentou-se satisfatória e mostrou eficiência na identificação do conhecimento dos adolescentes sobre a temática das drogas. A qualidade das respostas e o nível de participação dos jovens nas discussões demonstraram que a dinâmica árvore do conhecimento foi relevante para esse grupo de estudantes. Acredita-se deste modo que atividades como a aqui descrita, são facilitadoras nas práticas de prevenção ao uso de drogas, aliadas a outras técnicas de sensibilização dessa problemática. Com a realização da atividade de avaliação foi possível verificar que os alunos gostaram e adquiriram conhecimento sobre o assunto e sugeriram que mais atividades como esta fossem realizadas na escola.

ATENDIMENTO A UMA MÃE PELA ÓTICA DA VULNERABILIDADE: VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA INTENSIVISTA NEONATAL

Elisângela Luna Cabrera, Cibele de Moura Sales, Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde, Enfermagem Neonatal, Neonatologia

Apresentação: A contemporaneidade traz inúmeros desafios aos profissionais de saúde, dentre eles a incerteza. A leitura atual da sociedade, em seu contexto ideológico, social e geográfico aponta uma alteração entre risco/proteção, segurança/insegurança sugerindo que o risco se tornou generalizado. Sendo necessária a percepção da capacidade de resposta do indivíduo [1], dos fatores que podem promover a diminuição do risco, assim como aqueles que podem aumentá-lo. Apesar de toda complexidade observada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), nas relações entre os profissionais de saúde e entre esses e os usuários, ainda há predominância de um processo de trabalho mecanizado, tecnicista, rotinizado e focado em modelo biologicista e curativo do cuidar, gerando uma necessidade de uma abordagem aos indivíduos sob a ótica do conceito ampliado de saúde. Objetivo: Relatar a assistência prestada pela enfermeira à mãe sob a luz da vulnerabilidade visando uma atenção holística, com uma concepção ampliada de saúde. Método: Trata-se de um relato de experiência, que busca ilustrar uma prática assistencial, prestada a uma mãe de um neonato internado na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), no mês de agosto de 2015. Para subsidiar ações/reflexões o fio condutor será a multidimensionalidade da vulnerabilidade empregada por Marandola Júnior e Hogan. Contextualização do Cenário da Prática e Individualização da Participante: A UTIN do HU/UFGD conta com dez vagas para atendimento aos neonatos nascidos na macrorregião de Dourados [2]. A equipe multiprofissional é composta por enfermeira, técnica de enfermagem, neonatologista, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, além de suporte de outras especialidades pediátricas. Em

21 de agosto recebemos um neonato prematuro, nascido de parto cesáreo com múltiplas malformações: onfalocele, ânus imperfurado, agenesia de genitália, extrofia de bexiga, meningomielocle fechada e pé torto congênito. À avaliação materna, mãe com 21 anos, casada, inativa, G2, P2, A0, moradora da cidade de Bela Vista, porém abrigada em uma casa de apoio no município de Ponta Porã em razão do tratamento para HIV, HTLV, Toxoplasmose, na rede de assistência especializada, referiu estar tratamento com antirretrovirais desde o pré-natal até o momento. Relatou não ter planejado a gestação, ter utilizado preservativo e contraceptivo de uso de emergência, pois percebeu que aquele estava roto. Complementou que sabe da importância do uso do preservativo devido sua condição sorológica, mas que não consegue se adaptar ao uso de contraceptivo oral. Seu esposo também é soropositivo. Sua outra filha de 20 meses estava sendo cuidada pela avó materna, em Bela Vista, porém teve que ser trazida para Dourados, em função de aquela estar em risco de perder o emprego. O esposo está desempregado, buscando uma ocupação. Têm benefícios sociais do governo como fonte de renda. Atualmente mudou-se para Dourados devido à longa permanência esperada para internação de seu filho. Resultados e Discussão Na avaliação da vulnerabilidade, de acordo com Marandola Júnior e Hogan fazem-se necessárias algumas compreensões, a saber: Compreensão do perigo envolvido (eventos que causam dano), do contexto geográfico e da produção social (as relações sociais, culturais, políticas, econômicas e a situação das instituições), que revelarão os elementos constituintes da capacidade de resposta, absorção e ajustamento que aquela sociedade ou lugar possuem para enfrentar o perigo. Na avaliação da escala espacial, é necessário compreender as interações

espaciais e a rede de relacionamento entre pessoas, lugares, regiões e na escala temporal contextualizar os recursos disponíveis para responder ao perigo e capacidade de resiliência. Observou-se que devido sua condição sorológica (HIV/HTLV) e sua gravidez, a mãe teve que deixar seu lar e viver em uma casa de apoio. Agora em Dourados, devido à internação de seu filho em UTI, teve que se mudar para um quarto e trazer sua outra filha para não perder outra fonte de auxílio financeiro, sua mãe. Pela concepção sociológica há necessidade de saber quais processos levaram a essa situação de risco. Verificou-se que apesar de grande compreensão existente sobre a situação sorológica sua e de seu esposo, não sabia como evitar uma gestação indesejada, pela noção de redução de danos, percebendo um escapismo. As dimensões psicológica e cultural são essenciais para aferir a aceitabilidade de certos riscos em detrimento de outros, evidenciando a proteção e tolerância da pessoa diante do risco. O escapismo observado pelo pouco cuidado com sua saúde, ao não praticar sexo com proteção ficou evidenciado pelo sentimento de culpa após o nascimento de seu filho com múltiplas malformações. Após vários atendimentos onde essa fala foi trazida pela mãe conseguimos em consenso com ela estabelecer seu plano de cuidados. Encaminhamo-la ao planejamento familiar e aconselhamento de contracepção do Serviço de Atenção Especializada (SAE); solicitamos junto ao Conselho Tutelar apoio para matricular a filha em uma creche municipal extemporaneamente; semanalmente é acompanhada pela enfermeira sendo abordadas todas suas dúvidas relacionadas à sua situação de saúde e de seu filho e solicitamos acompanhamento psicológico para trabalhar todas suas culpas internalizadas e permitir que sua formação de vínculo não seja tão dolorosa. As ações foram propostas em conjunto com o serviço

de assistência social. Considerações finais: Percebeu-se que as ações em rede são as fragilidades encontradas em nosso sistema municipal reforçando a necessidade de estabelecer diálogos permanentes com os órgãos de apoio primário e secundário de saúde, numa visão ampliada de saúde. Observa-se a necessidade por parte de todos os profissionais de uma postura acolhedora e de uma escuta sensível à mãe, permitindo que essa exponha suas dúvidas e dificuldades para que as ações ultrapassem a visão curativa e biológica, mas que respondam também às necessidades sociais e emocionais. Todo esse aparato visa contribuir para a troca de informações entre profissionais de saúde e mãe, almejando que as lacunas de conhecimento, percebidas no déficit de seu autocuidado, sejam sanadas ou minimizadas. Esse processo permite atenuar o risco e a vulnerabilidade para ela e sua família, dentro da estrutura existente, proporcionando um melhor enfrentamento, poracionarmecanismosinternosdeproteção e resiliência. [1] Segundo Marandola Júnior e Hogan¹ se refere à capacidade que o indivíduo tem de absorção e ajustamento para enfrentamento do perigo, ou seja, sua resiliência na recuperação de algum dano. [2] É composta por 34 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, incluindo Dourados.

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA DE DOURADOS-MS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Maria de Andrade, Thais Jessica Reis Forster, Natalia Ramos Shiromoto, Juliana Nugoli Zago, Hayanna Alves Motta

Palavras-chave: integralidade da assistência multiprofissional residencia multiprofissional saúde indígena saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a integralidade, a universalidade e a equidade, caracterizadas por ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, considerando o contexto social do usuário e da comunidade. Esses princípios, junto a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986, culminou na criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), através da Lei nº 9836/99, incluindo este dispositivo à Lei nº 8080/90. Com esse subsistema, foi institucionalizado o agente indígena de saúde como parte integrante da equipe de saúde da atenção básica nas comunidades indígenas, sendo uma singularidade necessária a esta população dessa forma, é necessário que haja capacitação para todos que trabalham com saúde indígena. No Brasil há uma variedade de etnias indígenas que são englobadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Estes possuem postos de saúde nas aldeias, Pólo-base, Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) e ainda equipe multidisciplinar de atenção básica à saúde indígena, sendo que os serviços de média e alta complexidade são referenciados nos serviços do SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se caracteriza por uma estratégia de transformar a organização dos serviços, o processo de formação, as ações de saúde e as práticas pedagógicas implicando na articulação entre instituições formadoras e o sistema de saúde. A equipe multiprofissional busca um cuidado integral e os desafios vivenciados levam a discussões sobre a necessidade de um cuidado ampliado para que seja eficaz. Este trabalho tem sido considerado uma estratégia de qualificação de serviço, considerando que esta forma de cuidado também modifica as relações interpessoais implicando em novas formas de realizar o cuidado em saúde que interfiram diretamente no cuidado saúde-doença. Assim, considerando o princípio da

universalidade do SUS, foi incluído o estágio no SASI por um programa da RMS, com intuito de compreender de modo integral a cultura indígena e atuar com maior conhecimento em estratégias de proteção, promoção e recuperação da saúde desses usuários. Este trabalho trata de um relato de experiência vivenciada durante um mês por uma equipe da RMS, com ênfase na Atenção Cardiovascular, composta por duas psicólogas, duas nutricionistas e uma enfermeira, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma aldeia em Dourados/MS. Deste modo, objetiva-se demonstrar as percepções e vivências da equipe, além de discutir a importância de se conhecer a cultura indígena a fim de realizar um trabalho integral e ampliado, respeitando as crenças e valores da população, para melhor assistência. Durante o período de estágio, as residentes tiveram a experiência de vivenciar o trabalho de duas UBS do SASI, além da CASAI. Sendo assim, cada profissão participou de atividades específicas de seu campo de atuação, sendo realizados trabalhos em grupo, com discussões e pensando em intervenções multiprofissionais, de modo a ampliar e a assistência. As nutricionistas tiveram a oportunidade de participar da pesagem mensal com as crianças de até 5 anos de idade para o monitoramento do estado nutricional. Durante estas pesagens as mães eram orientadas a respeito da amamentação, da ingestão de água, alimentação complementar da criança, e desnutrição infantil, ainda nas pesagens as crianças que com idade entre 6 a 59 meses recebiam megadoses de vitamina A, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, sendo entregue o Sulfato Ferroso para as crianças entre 6 a 24 meses de idade, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, sendo as mães orientadas quanto a uma alimentação rica em ferro e vitamina A. Além disso, foi possível fazer parte das

consultas ambulatoriais nas quais havia o acompanhamento principalmente crianças desnutridas ou em risco nutricional, visando à recuperação do estado nutricional das mesmas. Eram atendidos também pacientes que procuravam por atendimento nutricional e crianças que por algum motivo estavam em aleitamento artificial. Foram acompanhadas ainda visitas domiciliares às casas dos usuários conforme a demanda, sendo possível observar o cotidiano e a situação socioeconômica desta população, e realizar orientações e atendimento nutricional a essa população. Por parte das psicólogas eram realizadas visitas domiciliares, junto ao psicólogo da equipe da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), conforme as demandas surgiam, sendo atendidos casos de abuso sexual, uso de drogas, vítimas de violência, entre outros. Foram realizados acolhimentos psicológicos aos usuários que se dirigiam à UBS, acompanhamento dos atendimentos ambulatoriais com o psicólogo da instituição e, também, acompanhamentos das consultas psiquiátricas na CASAI. As psicólogas também acompanharam a pesagem mensal das crianças, realizando orientações com as mães e buscando conhecer a população, de modo a compreender a cultura, as crenças e o cotidiano, por meio de entrevistas. A enfermagem é uma arte humanisticamente aprendida e uma ciência que enfoca nos comportamentos das pessoas, funções e processos direcionados na promoção e manutenção nas situações de saúde ou recuperação da doença é essencialmente uma profissão de cuidado transcultural. Centra em prover um cuidado humano, respeitando seus valores culturais e estilo de vida. A Enfermeira residente pôde participar do dia D vacinação contra a poliomielite, Campanha Nacional, onde a Enfermeira analisava a situação da caderneta de vacina, sendo de grande importância, já que foi possível além de realizar a vacina

oral antipoliomielite (VOP), ou vacina inativada poliomielite (VIP) também a atualização do esquema vacinal de todas as crianças. É importante ressaltar que na semana que antecedia o dia D vacinação a equipe se deslocava até micro áreas, onde já realizava o trabalho de pesagem e vacinação dessas crianças, e dessa forma era possível aproximar-se do ambiente onde morava esse usuário, permitindo conhecer verdadeiramente a realidade de cada um, realizando orientações com o intuito de prevenir as doenças prevalentes da infância. Cabe ao profissional de saúde a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Foram realizadas consultas de enfermagem, pela enfermeira residente, em que era possível desenvolver Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade infantil. Além disso, foram feitos atendimentos diários voltados para programas de saúde da mulher, como coletas de preventivo, acompanhamento e atividades educativas em grupos de pré-natal e puerpério, além das visitas domiciliares. A vivência do estágio em campo proporcionou à equipe multidisciplinar de saúde a oportunidade de observar e entender a maneira que surgem e se processam os problemas na instância local, para depois analisar as especificidades e características comuns em um contexto territorial maior. Foi possível observar a situação socioeconômica dessa comunidade e compreender as dificuldades que muitas vezes encontrávamos no hospital. Desse modo, ampliamos nossa visão acerca do que é saúde e de como fazemos saúde em nossa vivência enquanto residentes. Esta experiência nos trouxe maior conhecimento para atender de forma mais humanizada os pacientes indígenas, de modo que tivemos

a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre sua cultura. Durante este mês de vivência, pudemos observar a importância da atuação de equipes multiprofissionais na atenção básica da saúde indígena, de modo que o indivíduo pode ser visto como um todo, tendo como resultado a saúde, compreendida enquanto bem estar biopsicossocial.

AValiação Funcional na Atenção Básica: Um Relato de Experiência

Joseane Conceição Anunciação, Daíla Santos Freire, Isadora de Queiroz Batista Ribeiro

Palavras-chave: Fisioterapia, CIF, Funcionalidade, Atenção Básica

A perspectiva biopsicossocial preconizada pela saúde coletiva impõe vários desafios aos profissionais de saúde. Dentro deste contexto, o fisioterapeuta tem como principais dificuldades encontradas com relação a sua inserção na atenção básica a sua formação acadêmica com inadequações nas grades curriculares; assim como a história da criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, com demanda inicial por reabilitação; bem como as legislações vigentes, que caracterizam a assistência fisioterapêutica com caráter predominantemente curativo e reabilitador (RIBEIRO, 2002). Além disso, os próprios atores sociais desconhecem a prática de integralidade, conforme Silva e Da Ros apontaram em 2007. Sendo assim, é grande o esforço para se definir a atuação desse profissional na assistência primária pelo fato de haver pouca experiência acumulada nesse nível assistencial. Para Bispo Júnior, em 2010, é imperioso adquirir outros conhecimentos necessários à nova prática profissional. O fisioterapeuta deve aproximar-se de saberes da epidemiologia,

que poderá oferecer conhecimentos quanto à distribuição das doenças nas coletividades, sua magnitude e potenciais fatores de risco, e das ciências sociais, que poderão desvelar os fatores culturais, comportamentais e religiosos do processo saúde-doença, bem como subsidiar a contextualização da realidade histórico-social na determinação do risco. Nesse contexto, cabe à comunidade fisioterapêutica, incluindo também os conselhos da categoria, sindicatos da classe e universidades, fazer uma releitura de seus fundamentos e análise de sua prática, com vistas a adaptar-se a essa nova realidade e contribuir para a mudança do quadro social e sanitário do país, com vistas à melhoria das condições de saúde da população. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da fisioterapia na elaboração e aplicação de um instrumento para avaliação da situação funcional dos usuários na atenção básica. Este questionário foi construído por fisioterapeutas residentes do curso de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família, em parceria com a Fiocruz, no município de Camaçari na Bahia. Este instrumento foi construído no período de agosto a setembro de 2015. A necessidade de realizar a avaliação da situação funcional dos usuários na comunidade vem das inquietações que surgiram na vivência do território, por exemplo: “Como a fisioterapia pode contribuir para a realidade sanitária do município de Camaçari?”; “Dispomos de ferramentas adequadas para o diagnóstico e análise do território que dialoguem com as diretrizes da atenção básica?”. Inicialmente pensou-se na elaboração de uma ficha de avaliação, porém devido à abrangência da atuação da fisioterapia teria que ser criada uma ficha para cada área. Surgindo assim a ideia de trabalhar com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), através de um questionário de coleta com perguntas simples e resposta direta, positiva

ou negativa, sobre cada tema, baseado na CIF para uso dos profissionais e dos agentes comunitários. A utilização dessa ferramenta será precedida de uma capacitação sobre a CIF aos profissionais da equipe de referência e aplicação do questionário preliminar piloto pelas fisioterapeutas. A utilização da CIF proporciona uma gama de informações sobre saúde do indivíduo facilitando e ampliando as possibilidades de diagnóstico e intervenção baseada na funcionalidade e incapacidade, não apenas em uma patologia (Araújo; Buchalla, 2013). O questionário elaborado contém as seguintes perguntas: Possui transporte para se deslocar fora de casa (ônibus, carro particular, mototaxi, taxi, outros)? É capaz de deslocar-se dentro de casa usa andador, cadeira de rodas, corrimão, rampas, outros? Possui rede de apoio emocional, afetivo e de proteção (familiares, amigos, vizinhos, conhecidos, membros da comunidade, profissionais de saúde e cuidadores formal, outros)? Já fez ou faz alguma reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, outras)? Na residência possui serviços de utilidade pública (água, eletricidade, iluminação pública, saneamento básico, coleta de lixo)? Necessita de adaptação na rua, na calçada, no semáforo? Tem acesso a serviços de saúde (USF, UPA, laboratórios, especialidade, hospital e outros)? Há na sua comunidade reguladora de oferta de serviços (conselho local de saúde, associação de bairro, outros)? 10. É capaz de concentrar, observar e interagir com outras pessoas? 11. É capaz de tomar decisões? 12. Possui alguma dificuldade para ouvir? 13. É capaz de falar e conversar? 14. Consegue se movimentar na cama, sentar sozinho, levantar da cama, andar, correr e outros? 15. Frequentou ou frequenta escola regularmente? 16. Precisou de alguma adaptação da escola para o aprendizado? 17. Autocuidado (lavar-se, escovar os dentes, vestir-se, comer, beber e outros)? 18. Realiza tarefas domésticas (varrer, lavar

roupas, cozinhar)? 19. Possui trabalho remunerado? 20. Consegue adquirir o necessário para viver? 21. Necessita de alguma adaptação no ambiente de trabalho para o desenvolvimento das atividades? 22. Possui vida comunitária: Tem problema em participar de atividade recreativa e de lazer na comunidade (jogos, esportes, teatro, cinema e museus, atividades religiosas)? 23. Nível de vulnerabilidade e risco social próximo de onde mora (Existem córrego, área de possível desabamento, inundações ou tempestades; área de poluição e/ou de elevada violência urbana)? 24. Situação e condição de moradia (a situação e as condições de moradia são um problema para a pessoa com deficiência? Observar se a residência ou instituição é adaptada e o grau de privacidade; observar se a residência é própria, alugada, cedida, de favor, invadida, assentamento, pessoa em situação de rua; se é construção de alvenaria, madeira, taipa, e demais situações A construção deste instrumento foi importante para ampliar o olhar da fisioterapia sobre os usuários e a realidade do território, bem como visualizar de forma sistemática os diversos fatores que limitam o usuário na realização de suas atividades de vida diária. Tem-se a expectativa que com informações sobre a funcionalidade da população seja possível apoiar as equipes da atenção básica, a Equipe de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à saúde da Família na construção de intervenções mais eficazes e específicas como projeto terapêutico singular (PTS). A experiência vivida pelo grupo de fisioterapeutas na construção de um instrumento que avaliasse a funcionalidade de usuários da comunidade e os fatores associados à limitação na execução de suas atividades cotidianas contribuiu com a ampliação do olhar destes profissionais sobre a saúde da população e a diversidade de ações e interações necessárias para a efetiva intervenção e mudança na qualidade de vida do usuário.

BLITZ DA MOCHILA

Thanara dos Santos, Alana Galeano, Rafael Furlaneto

Palavras-chave: Fisioterapia, postura, educação em saúde

Os desvios posturais tem sido cada vez mais frequentes na população adulta, acompanhados ou não de queixas de dor. Muitos deles são recorrentes da sobrecarga osteomioarticular provenientes da má postura, excesso de peso corporal, entre outros. As posturas inadequadas vêm sendo cultivadas desde a infância, quando as crianças sentam-se erroneamente nas carteiras escolares, ou mesmo em casa ao realizarem suas atividades como alimentar-se e realizar os deveres da escola. Identificada essa necessidade, pensou-se no projeto denominado BLITZ DA MOCHILA, objetivando avaliar se o peso carregado nas mochilas está dentro do previsto (10% do peso corporal). No ambiente escolar, os alunos passavam por uma avaliação (estações) onde era verificado o peso corporal, a altura, o peso da mochila (material) e, ao final, aplicado um questionário com perguntas objetivas (qual o tipo da mochila, como era utilizada, queixa de dor, em qual local) e uma pergunta dissertativa (o que levava na mochila). Depois de respondido o questionário, os alunos recebiam três bexigas. Utilizando as cores do semáforo, os alunos deveriam encher a bexiga que caracterizasse, para ele, a classificação do peso da sua mochila em relação ao seu peso corporal sendo verde, se ele julgasse estar dentro dos padrões estabelecidos; amarela se tivesse um pouco além do padrão; ou vermelha, se tivesse muito além do valor de 10% do peso corporal. Foi observado que todos os alunos que relataram dor no questionário tinham excesso de peso no material; grande parte dos alunos leva em suas mochilas materiais que não são necessários como:

material escolar não utilizado naquele dia, brinquedos, revistas, entre outros; a maior parte dos alunos não classificou suas mochilas corretamente; número de alunos com sobrepeso/obesidade, o que “mascara” o resultado. Faz-se necessário um trabalho de conscientização dos alunos em relação aos cuidados que se deve ter com postura, preventivamente. No entanto, essas orientações se defrontam com a inexistência de um mobiliário adequado, ergonômico, que pudesse atender a individualidade de cada aluno. Confirmada a existência de crianças com sobrepeso/obesidade.

BUSCA ATIVA E EXAME DERMATONEUROLÓGICO: CAMINHOS PARA O CONTROLE/ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Elizê Pereira Pinheiro, Janiele Maria Vasconcelos, Pâmara Cordeiro dos Santos Flôr, Gerlane Cristinne Bertino Veras, Marilena Maria de Souza Souza, Maria Suelânia Queiroga da Silva, Alice Silvana Gagliuffi Pereira, Janaina Ferreira Moreira

Palavras-chave: Hanseníase, Diagnóstico Precoce, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A hanseníase é considerada um problema de saúde pública no Brasil, sendo uma doença milenar, infectocontagiosa, de evolução crônica, e que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*. Pode acometer pessoas em qualquer idade, raça ou gênero, provocando sinais e sintomas dermatoneurológicos, além de ter um poder incapacitante. Entretanto, observa-se que há uma relação entre sua endemicidade e baixos índices de desenvolvimento humano. Tem como principal meio de transmissão as vias aéreas superiores. Os pacientes acometidos são classificados operacionalmente em paucibacilares

e multibacilares, e tratados de acordo com sua classificação com um esquema poliquimioterápico padronizado pela Organização Mundial de Saúde. Para que se tenha um controle com vistas à eliminação desta patologia, se faz necessário o diagnóstico precoce e tratamento adequado, realizado por profissionais capacitados, em especial os que se encontram inseridos nas equipes de atenção primária à saúde. Nessa perspectiva, destacam-se intervenções de cunho multiprofissional e interdisciplinar que desmistifiquem a doença, favoreçam o diagnóstico precoce e realizem o acompanhamento de cada indivíduo, antes, durante e após o tratamento, assim como sua família e comunidade, para que se interrompa a cadeia de transmissão da doença e sua estigmatização. **OBJETIVO:** Descrever a vivência de discentes e docentes em um projeto de extensão e demonstrar os resultados parciais deste. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a respeito da atuação de discentes e docentes da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), além de colaboradores externos no projeto de extensão universitário intitulado “Realizando Busca Ativa e Exame Dermatoneurológico para o Controle/ Eliminação da Hanseníase”, iniciado em maio de 2015 e que é desenvolvido na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José/Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS), em Cajazeiras - PB. O projeto foi idealizado a partir da preocupação sobre os altos índices de hanseníase na região, com diagnóstico tardio e presença de incapacidades, e no intuito de colaborar com a Unidade Básica de Saúde (UBS) para a detecção mais precoce possível do indivíduo com hanseníase. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A priori, foi realizado um treinamento com os discentes e em seguida uma reunião com a equipe da UBS para sensibilizá-la sobre o projeto, em especial, para solicitar o apoio direto dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) na realização das atividades planejadas. Posteriormente, os discentes, em duplas, realizaram uma visita técnica com o ACS em sua microárea de atuação, no intuito de conhecerem melhor as peculiaridades da comunidade e do ambiente, bem como seus limites territoriais. Após este momento, foi iniciada a busca ativa em domicílio com a supervisão direta dos ACS e indireta da coordenadora e orientadora do projeto. Os casos considerados suspeitos foram encaminhados para a realização de exame dermatoneurológico na UBS e, quando necessário, no próprio domicílio pelas docentes e profissionais enfermeiras e médicas inseridas no projeto. Durante as visitas domiciliares, os discentes realizaram educação em saúde sobre a temática, inclusive para obter o consentimento livre e esclarecido da avaliação dermatológica de todos os membros que compõem a família. Mediante a confirmação do diagnóstico de hanseníase, o caso era repassado para a equipe da UBS para a devida notificação e acompanhamento integral do indivíduo, providenciando-se, simultaneamente, todas as medidas profiláticas referentes aos contatos intradomiciliares. Esses casos foram apresentados também nas reuniões da equipe do projeto a fim de promover a discussão e contribuir para a qualificação dos envolvidos e interação entre os profissionais e estudantes. **RESULTADOS:** Em dois meses de atuação, cento e noventa e duas famílias foram visitadas, localizadas em sete das nove microáreas que abrangem a UBS, compreendendo um total de trezentos e noventa pessoas avaliadas até o momento. Partindo desse total (100% das avaliações), noventa e sete (24,9% das avaliações) pessoas apresentaram lesões suspeitas, destas, quarenta e cinco (46,4% do total de pessoas identificadas com lesões suspeitas) compareceram ao exame dermatoneurológico, resultando

em sete (15,6% do total de pessoas com lesões suspeitas) casos de hanseníase confirmados. **IMPACTOS:** Pode-se constatar que mesmo em curto período de execução do projeto, 15,6% das pessoas que apresentaram alguma lesão suspeita foram diagnosticadas com hanseníase, dado de extrema relevância no processo de controle/eliminação da hanseníase. Vale ressaltar ainda, a imensurável colaboração do projeto na educação em saúde na comunidade, minimizando preconceitos e instigando-a ao autocuidado e à maior interação com a equipe de saúde local. Mostrou-se relevante também, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar que está sendo desenvolvido entre as equipes do projeto e da UBS, onde ocorrem trocas de saberes, complementação de práticas, elaboração de intervenções em conjunto e implementação de educação em serviço, funcionando como mais um instrumento de educação permanente e repercutindo positiva e diretamente no controle/ eliminação da hanseníase. Contudo, muitas pessoas ainda apresentam resistência à participação no projeto, não permitindo a realização da avaliação dermatológica, alegando falta de tempo em vista de afazeres domésticos e laborais. A ausência de membros da família no domicílio, durante os turnos da visitação, também compreende um tipo de resistência. Há, ainda, os que não comparecem à realização do exame dermatoneurológico agendado previamente em comum acordo com as partes. Todos esses casos são repassados para a coordenadora do projeto e para os membros da equipe da UBS a fim de serem discutidos para então haver a elaboração de estratégias de sensibilização-envolvimento destas pessoas com o projeto e a efetivação do exame em tempo hábil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** os resultados apresentados são parciais, visto que se referem a apenas dois meses de execução do projeto,

interrompido em decorrência de greve, porém com atividades serão reiniciadas após término desta. Frente ao relato, observa-se o quanto são necessárias e importantes ações articuladas pela Universidade com a sociedade, inclusive para a efetivação do dever social que essa instituição possui, cooperando positivamente para a melhoria da saúde da população, com minimização de preconceitos e estigmas; para o apoio aos profissionais de saúde em sua atuação e prática da educação permanente; e, em especial para capacitação dos discentes, preparando-os para o cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade de forma multi e interdisciplinar, sistemático, equitativo, humanizado e holístico, fazendo-os entender a complexidade do processo saúde-doença na prática dentro da comunidade, vivenciando plenamente o que é ser um profissional da saúde comprometido com as suas atividades laborais em prol de uma sociedade mais saudável física e mentalmente.

CENTROS DE CONVIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: “CRIANDO OUTRAS CULTURAS”

Camila Donnola Vasconcellos, Francisco Verani Protásio, Petrônio Ornellas, Josiane Dantas

Palavras-chave: saúde mental, centro de convivência, atenção integral à saúde, cultura

O presente trabalho aborda o funcionamento do Centro de Convivência Oficinas Integradas, do município de Niterói – RJ, em sua esfera de ação na cultura. Partimos do pressuposto que a intervenção na cultura é central para a atenção psicossocial em pelo menos dois aspectos: de um lado, é parte da clínica dos usuários, permitindo que eles tenham novos interesses e novas

perspectivas que não se restringem à doença e ao adoecimento. Por outro lado, a ação do Centro de Convivência pode representar uma intervenção potente no espaço da cidade, transformando o olhar que se tem sobre a loucura. O serviço é herdeiro do projeto Oficinas Integradas, que ocorria dentro do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e atendia, sobretudo com a realização de oficinas, os usuários em situação de internação e aqueles contemplados pelo ambulatório que funciona dentro do hospital. A partir de 2012, a coordenação de Saúde Mental de Niterói entendeu que o trabalho precisaria sofrer alterações para estar melhor adequado às diretrizes da política de saúde mental em construção no município. Nesse redirecionamento do trabalho, o serviço se adequa à portaria 396/2005, que afirma que os Centros de Convivência e Cultura são “dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade”. A mudança, com a saída do espaço do Hospital Psiquiátrico, transforma também o foco do trabalho da equipe, que deixa de ser oferecer oficinas e atividades terapêuticas exclusivas, passa, então, a estar voltado para a formação de parcerias na cidade, com ateliês, centros de arte e de cultura. A partir desse momento, abrange os usuários de toda a rede de saúde mental de Niterói, e qualquer outra pessoa que procure o serviço é inserida nas atividades regulares, em grupos que não são exclusivos da saúde mental e nem têm objetivos terapêuticos em si mesmos. O eixo central do trabalho é menos o fazer como ele se apresenta no modelo de oficinas terapêuticas e mais o transformar no sentido de realizar atividades que tragam efeitos para os usuários, mas que também marquem a cidade de alguma forma. Isso significa que as atividades, que ocorrem

em dispositivos culturais da cidade, são negociadas, a cada oportunidade que surge. Atualmente, realizamos uma reunião como eixo central das atividades culturais. O grupo chamou de “Arte e Expressão à Vista” esse encontro regular, que ocorre às terças-feiras, uma semana dentro do espaço do Centro de Convivência e na outra em algum dispositivo cultural da cidade, a partir de contato prévio. Sempre que possível, verificamos a possibilidade de realizarmos uma conversa com alguém da instituição para abordar os assuntos do interesse do grupo. Os locais de visita e encontro são decididos coletivamente em função de sugestões da equipe e dos usuários. A partir do grupo também são acolhidos os pedidos de inserção em atividades como desenho e pintura, em parceria com ateliês da cidade. São informadas as atividades da semana, as regulares – de música e esportes – e as específicas – saídas noturnas a shows, teatro, saraus de poesia e passeios aos sábados. Nossa intervenção se estende a cada novo curso, grupo ou oficina, cada teatro que o Centro de Convivência frequenta, cada passeio que é organizado, sempre pensando que em alguns casos, os usuários podem ir sozinhos ou acompanhados de suas famílias e que nosso trabalho se restringe a viabilizar essa ida, sem a necessidade de nossa presença física no momento de realização da atividade. A cada novo contato que realizamos, apresentamos nosso público, não pelo que marca sua diferença, mas pelo que temos em comum: interesses culturais, curiosidade, preferências. Com esse ponto de partida, as diferenças, que podem parecer imensas, são diminuídas. Na prática, eles participam ativamente de passeios, cursos, visitas, idas a apresentações e de outras atividades que cada um se interessar. Sempre em grupos pequenos, em uma estratégia de “infiltração” na cidade, como foi dito pelo diretor de um dos museus que frequentamos. A cidade vai se habituando

a essa presença ainda incomum: pessoas às vezes com a aparência diferente, com roupas simples, que não estão acostumadas à rotina de um teatro e fazem perguntas nem sempre fáceis de serem respondidas. Construímos, assim, nossas intervenções, a partir de participações delicadas na cidade, com o objetivo de criar para nossos usuários maiores e melhores possibilidades expressivas, e intervir na cidade como espaço de ocupação, trazendo uma sensibilidade maior à diferença, um acolhimento ao inabitual. Um momento crucial e que exibiu com clareza os efeitos do nosso trabalho, foi uma roda de conversa que realizamos com artistas e em que cada um se apresentou. A primeira usuária a falar, afirmou “sou artista e usuária do Centro de Convivência”. A partir dela, os outros usuários, ainda tímidos, também faziam menção a sua participação nas atividades culturais do Centro de Convivência. A possibilidade de descolar a existência dessas pessoas do adoecimento apresenta-se como um ponto central de nossa atuação. Por outro lado, receber convites para frequentar atividades na cidade, ser reconhecido como local de referência para a circulação na cultura tanto pelos usuários quanto pelos equipamentos culturais, coloca-nos em outro lugar como espaço de tratamento. A própria noção de tratamento foi ampliada, não se trata somente de internar, medicar e cuidar do sofrimento dos usuários, mas também de garantir aquilo que é da ordem da saúde, de produtivo e de possibilidade expressiva para essas pessoas. O Centro de Convivência é um projeto que precisa estar constantemente em construção, seja porque ainda estamos iniciando em nossa compreensão do que ele pode representar no cuidado dos usuários, seja porque a cidade está em transformação em sua interface com a diferença. Esperamos que em breve os próprios usuários procurem os dispositivos para visitá-los sem nossa

mediação e que os profissionais possam recebê-los independentemente de nossa presença. Consideramos que o cuidado com a saúde, a partir do entendimento de uma clínica ampliada, precisa ocupar um lugar central na prática de trabalho da saúde mental, colaborando com a potencialização de outros aspectos da vida dos usuários.

CERTIFICAÇÃO DA EQUIPE COMO ESTÍMULO AO CUMPRIMENTO DE META DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA EM PORTO ALEGRE

Rosana Claudia Mirandola, Vanessa Brentano, Adriana Biondo da Silva, Elenara Oliveira Ribas

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, Protocolo de Identificação do Paciente, reconhecimento de equipe

APRESENTAÇÃO: O Ministério da Saúde lançou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tornando obrigatório nos serviços de saúde a implantação de protocolos de básicos de segurança do paciente. Entre esses protocolos está o Protocolo de Identificação do Paciente. A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de assistência à saúde, tendo como principais finalidades determinar com segurança o indivíduo como sendo o legítimo receptor do tratamento ou procedimento e assegurar que o procedimento a ser executado é efetivamente aquele que o paciente necessita. A ausência de mecanismos efetivos de identificação de pacientes é causa básica frequentemente relacionada ao desenvolvimento de eventos adversos em hospitais. Falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação, erros durante a transfusão de

hemocomponentes, em testes diagnósticos, realização de procedimentos em pacientes errados e/ou locais errados, entrega de bebês às famílias erradas, entre outros. O protocolo de identificação do paciente prevê que a mesma deve ser realizada através de mecanismos como pulseiras de identificação ou placa nos leitos, sendo fundamental a vigilância e utilização de indicadores para acompanhamento do processo. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de estímulo ao cumprimento institucional da meta de Identificação do Paciente em um hospital da rede pública. Desenvolvimento do trabalho O trabalho é desenvolvido no Hospital Cristo Redentor, integrante do Grupo Hospitalar Conceição. Situado em Porto Alegre, RS, o mesmo é conhecido como pronto socorro da Zona Norte da capital, conta com 264 leitos, e seu atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. O hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente, responsável pela elaboração, divulgação e acompanhamento dos protocolos de segurança do paciente. As ações de segurança do paciente fazem parte do planejamento estratégico institucional, sendo que a correta identificação do paciente é uma meta gerencial no hospital. No ano de 2015 a mesma foi estipulada em 95%. Para verificação do cumprimento da meta de identificação, mensalmente são realizadas vigilâncias de identificação em todo hospital por representantes do Núcleo de Segurança do Paciente. São considerados pacientes corretamente identificados àqueles que possuem pulseira ou placa legível, visível e com dados corretos. Com o objetivo de reconhecer o comprometimento das equipes em manter os pacientes com a identificação correta, além de continuar estimulando o cumprimento da meta, os gestores do hospital, juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente, entregam mensalmente um certificado simbólico às unidades que atingem a meta estipulada. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: No primeiro

mês de premiação quatro equipes foram certificadas. A partir de então, percebeu-se uma disputa positiva entre as equipes, sendo que nos meses seguintes houve um crescimento no número de equipes que atingiram a meta. Pode se perceber que as mesmas ficaram bastante estimuladas, uma vez que a entrega dos certificados foi realizada pelos gestores do hospital, reconhecendo que o trabalho das equipes são importantes e que os resultados estão sendo visualizados pela direção. Embora tenhamos uma crescente no número de equipes que atingem a meta, ainda notamos, por vezes, que o cumprimento da rotina se faz principalmente para esse fim. Entendemos que a entrega desses certificados, com a participação da direção do hospital, aliado aos treinamentos que são realizados sobre a importância do processo de identificação têm mudado o comportamento e a cultura dos profissionais de saúde na priorização da segurança como foco do resultado. CONSIDERAÇÕES FINAIS. Apesar das dificuldades e desafios enfrentados pelo Núcleo de Segurança do Paciente de incorporação de rotinas relacionadas aos protocolos de segurança do paciente, a experiência em certificar as unidades que atingem a meta de identificação têm tido êxito. Percebeu-se um maior envolvimento das equipes em manter a meta e conseqüentemente processos mais seguros relacionados à correta identificação do paciente.

COMITÊ INTERSETORIAL DE COMBATE A DENGUE: FÓRUM PARTICIPATIVO E DEMOCRÁTICO

Wagner Valentim de Alao, Cláudia Márcia Osório Xavier de Almeida, Maria da Conceição Faria Stern

Palavras-chave: Participação, democrático, promoção em saúde

Apresentação: A regional norte do município de Niterói/RJ devido a sua densidade demográfica e geografia se divide em dois territórios. A Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March (PRGTM) tem uma população na sua área de abrangência de aproximadamente 77 mil habitantes, e a sua responsabilidade sanitária abarca os bairros Fonseca, Caramujo, Cubango e Viçoso Jardim. Para isso a PRGTM criou um fórum de discussão que foi nomeado CICD Intersectorial de Combate à Dengue (CICD). O CICD têm seus esforços voltados à luta por uma qualidade de vida melhor na comunidade na qual se encontra inserido, pois em conjunto, o poder público e aliados podem realizar mais melhorias, tendo em vista que a responsabilidade pelo bem-estar comum não é apenas uma preocupação do poder público, e sim de todos. A qualidade de vida que intentamos melhorar com a realização dos encontros do CICD primeiramente estavam objetivando o controle e redução dos casos de dengue, e com o decorrer dos encontros os problemas foram se multiplicando. A experiência tem sido muito enriquecedora, se observarmos o quanto um acrescenta ao outro com os seus pontos de vista que se complementam, pois os problemas não são independentes, acabam sendo todos conectados. O funcionamento tem sido satisfatório e gratificante, pois com a diversidade de pensamentos dos líderes comunitários, das Organizações Governamentais, das Organizações Não Governamentais que participam, acabam por desenvolver um ângulo de observação e compreensão bastante singular de tudo o que se passa pela nossa área de atuação. Assim, procura-se encontrar uma solução que contemple as necessidades de todos ou os problemas mais urgentes e que não privilegiem um ou outro, mas a coletividade que norteia a essência do CICD. Desenvolvimento do trabalho: As reuniões do CICD tiveram o seu início no final do ano de 2007 e permanecendo até

o momento sem interrupção. Os encontros do CICD acontecem uma vez ao mês, no momento inicial sempre realizam uma revisão da pauta dos encontros anteriores e também se repassam informações coletadas a respeito das ações realizadas em locais pré-determinados de acordo com as estatísticas apresentadas informando as áreas que precisam de uma atenção mais focada, após este momento, realiza-se a apresentação dos componentes presentes, pois pode ser que haja um integrante novo que não conheça os presentes e assim o inserimos ao grupo. Depois da apresentação feita, faz-se os informes e começa a reunião expondo os tópicos da pauta para abrir espaço para deliberação e desenvolvimento de estratégias para a implantação das ações de promoção em saúde. Resultados: A partir do final do ano de 2007 até o presente momento realizamos um total de 85 encontros do CICD e 26 ações de campo de promoção em saúde contando com 12 organizações governamentais, porém, nem todas estavam participando ao mesmo tempo nas ações. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Fundação Municipal de Saúde (Centro de Controle de Zoonoses, Programa Médico de Família, PRGTM), Fundação Municipal de Educação (NAI – Núcleo de Ações Integradas), Companhia de Limpeza de Niterói (CLIN), Universidade Federal Fluminense (UFF), Secretaria Regional do Fonseca, Companhia Águas de Niterói, Empresa Municipal de Moradia, Urbanização e Moradia (EMUSA), Guarda Municipal de Niterói, Guarda Ambiental, Defesa Civil, Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ). No entanto, devemos ressaltar que a EMUSA, Guarda Municipal e Florestal de Niterói, Defesa Civil e a PMERJ não participam tão frequentemente dos encontros. Ressaltamos que a unidade de saúde com a responsabilidade sanitária pela localidade participava em conjunto com CCZ e a equipe da CLIN. As associações de

moradores que participaram das atividades acompanhando os integrantes da operação de campo foram: Associação de Moradores da Palmeira, Associação de Moradores de Teixeira de Freitas, Associação de Moradores do Rio, Associação de Moradores do Bomfim, Associação de Moradores do Morro São Geraldo/Bernardino, Associação de Moradores do Juca Branco, Associação de Moradores do Caramujo, Associação de Moradores da Vila Ipiranga, Associação de Moradores do Santo Cristo/Coréia, Associação de Moradores da José Leomil, Associação de Moradores da Bezerra de Menezes, Associação de Moradores da Castro Alves, Associação de Moradores da Cova da Onça, Associação de Moradores do Buraco do Juca, Associação de Moradores do Morro do Pimba, Associação de Moradores do Morro do Bumba, Associação de Moradores do Rala Coco, Associação de Moradores do Morro do Eucalipto, As novidades que podemos compartilhar é a implantação da rede de água encanada para a comunidade Bezerra de Menezes depois de muitos esforços junto à Prefeitura Municipal de Niterói e à Companhia Águas de Niterói. O apoio socioassistencial das ONGs da regional é crucial na mobilização da população do território são elas: Instituto de Desenvolvimento da Educação, Instituto Dr. March/ Creche Comunitária Dr. March, Pastoral da Criança, Sociedade Beneficente Sagrada Família, Instituições religiosas: Igrejas Católicas e Protestantes, Instituições Espíritas e Espiritualistas. Os desafios para o desenvolvimento são muitos, no entanto, apresentaremos apenas os mais presentes. A dificuldade de comunicação entre os integrantes complica um pouco um espaço harmonioso, mas no geral, não é um desafio complexo de superar, enfrentamos também problemas relacionados à segurança pública, muitas vezes certas ações não podem ser realizadas ou mesmo precisam ser suspensas de forma abrupta devido à

interrupção do tráfico, seja por confronto com a polícia ou por acreditarem que entre algum componente do CICD presente na ação seja um policial infiltrado. Além da segurança pública, tenta-se de superar o desafio da falta de insumos básicos para a realização de maior número de projetos e atividades que possam facilitar o trabalho do CICD. Outro desafio é fazer com que o comércio local participe mais das atividades, ou mesmo que sejam mais atuantes de alguma outra forma. O fator clima é um desafio muito grande, pois este não há como controlarmos e o relevo da localidade não facilita o trabalho por ser composto por uma sensível quantidade de comunidades nas encostas. Considerações Finais: O CICD em suas reuniões também sustenta a ideia da implantação de novos módulos do Programa Médico de Família na área, pois assim haveria uma diminuição na sobrecarga de atendimentos na atenção básica da PRGTM permitindo assim que o local possa atender de forma mais eficaz as suas funções como um local de atenção secundária de saúde com as suas especialidades. São realizadas oficinas nas escolas da região promovendo educação e promoção em saúde pública e preventiva no primeiro e segundo ciclo do ensino fundamental criando multiplicadores das informações e também cidadãos mais conscientes e o objetivo é ampliar ainda mais pois já contamos com a participação de médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, técnicos de higiene bucal, assistentes sociais e almejamos a participação de profissionais que possam trabalhar futuramente nas oficinas com saúde ambiental. O papel do CICD que inicialmente era operacional evoluiu a ponto de ter uma representatividade política na regional norte do município apontando as necessidades da área e reportando essas demandas aos órgãos competentes.

COMO EDUCAR O CORPO? ARTICULAÇÃO COM AS HUMANIDADES PARA SUPERAR AS CARÊNCIAS DO MITO DA POSTURA CORRETA NA EDUCAÇÃO POSTURAL

Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin, Fernanda Flávia Cockell, Vinicius Demarchi Silva Terra

Palavras-chave: Saúde Escolar, Saúde da Criança, Fisioterapia

APRESENTAÇÃO: Modelado pelo contexto sociocultural em suas representações e discursos, o corpo surge como a relação indivíduo e sociedade, sendo abordado, sobretudo, como material disponível e moldável. Nesta direção, buscar os registros deixados nos corpos é um meio de apreender a historicidade destas concepções, permitindo uma compreensão mais crítica e reflexiva do presente. Diante disso, a escola abre-se como local de encontro entre saúde e educação. Quando inserida numa linha do tempo, a priori, era um espaço de propagação de civildade e higiene, sendo, posteriormente, vista como campo para promoção de saúde. Com a introdução do conceito da pedagogia dos corpos retos, o endireitamento, ortopédico e moral, dos corpos denotou um período de transformação dos discursos sobre a educação do corpo, evidenciado pela retidão das posturas e também dos comportamentos. Até então concebida como “fábrica de deformidades”, a escola transformou-se de cenário de fadiga, lesões e deformações em espaço estratégico para propagação da higiene. Dessa maneira, o movimento de Higiene Escolar caracterizava-se pela fabricação do corpo escolar hígido e bem conformado através de discursos normativos e prescritivos. Tais discursos ainda permanecem em vigor na área da saúde quando se trata a postura e o próprio corpo sob a ótica da docilização e

disciplinarização, de modo que é sabido que ações de educação postural costumam se amparar no mito da postura correta, realizando ações prescritivas com normatização dos sujeitos e desconsiderando a relevância da produção de sentidos e significados que condicionam, negociam, resistem ou subvertem corpos e posturas nesta lógica. Entendendo que os problemas posturais nas crianças não se resolvem apenas pela prescrição de normas, cabe aos profissionais de saúde empoderar os sujeitos, desde a tenra infância para perceberem o próprio corpo, seus limites físicos, desconfortos causados pela manutenção prolongada de uma mesma postura, além de apontar o brincar como ferramenta de transformação e a escola como cenário ideal para a produção de saúde. Partindo da necessidade de problematizar as implicações do contexto social e das mudanças contemporâneas do brincar na comunidade do Morro Nova Cintra em Santos-SP, surgiu a ideia de utilizá-lo em associação à ontologia do domínio de movimento do campo das artes como pano de fundo do desenvolvimento de ações de orientação e educação postural. O propósito foi investigar metodologias de Educação Postural voltadas para crianças a partir das singularidades do brincar observadas no contexto escolar da comunidade.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Programa de Educação Postural consistiu na realização de cinco encontros de práticas corporais com sessenta crianças de cinco e seis anos, visando promover a educação postural por meio da brincadeira, possibilitando o empoderamento dos sujeitos e adoção de hábitos posturais mais favoráveis à saúde e proporcionando maior atenção ao cuidado com a postura e educação através do movimento, do toque e do reconhecimento do próprio corpo. A periodicidade foi semanal, estabelecida mediante autorização prévia dos pais,

direção e verbalização das crianças demonstrando interesse em participar. Com duração de quarenta a sessenta minutos, foram propostas atividades que permitiram experimentar e pensar sobre o funcionamento do corpo, tendo como finalidade estimular uma cultura de valorização e ressignificação posturais, favorecendo reflexão crítica sobre sua importância na qualidade de vida e bem-estar. À cultura local, foram conciliados conhecimentos sobre práticas corporais alternativas/complementares e treino de mecânica corporal. As brincadeiras vivenciadas foram: pega, mímica, corda, cama de gato e parque, cuja escolha foi feita através da análise de observações no território. Para tanto, os encontros apresentaram cinco momentos, definidos para esta pesquisa, em função de se demonstrarem, mediante leitura bibliográfica, como determinantes nocivos ao aparecimento de dores musculoesqueléticas e predisposição de lombalgia: Ação, Transição, Amplitude, Permanência e Conversa. Os encontros tiveram como temas, respectivamente, Espaço, Tempo, Peso, Fluência e Sentidos. Estas categorias, com exceção dos Sentidos, estiveram submetidas às concepções de Laban, o qual trata o corpo como instrumento de expressão e traz estas variáveis como fatores de movimentos, cuja graduação gera múltiplas atitudes corporais na experiência do movimento. O objetivo educativo com estas categorias é possibilitar um estudo da ação como resultante de esforço, movimento e atitude, integrando o físico, o intelectual e emocional. Impactos: Observou-se que os encontros proporcionaram ampliação da compreensão de consciência corporal e do uso de práticas corporais com fins terapêuticos. Tal associação com fazer lúdico das crianças do morro promoveu reflexão sobre as possibilidades de eficácia e implementação do programa no cotidiano

da comunidade. O programa favoreceu o entendimento das relações entre emoções e postura, estados de tensão muscular, variações de amplitude, permanência prolongada e desconforto. Com participação ativa das crianças, a gestão do brincar emergiu como ferramenta de preservação e cuidado de si. Jogos de teatro e vertigem marcaram posturas libertárias e políticas no brincar ganhando o chão e desafiando o parque. Espontâneos, demonstraram a busca por espaço isolado da coerção e disciplinarização, expressando discurso pela vida e intensificando sensações e percepções esmaecidas e anestesiadas pela rotina escolar. Embora a experiência subjetiva do corpo não seja evidenciada, a importância da discussão sobre a construção de sentidos e valores sobre este se reafirma, à medida que apreender seu uso no discurso científico é fundamental para a formação profissional na área da saúde. Ao não compreender a implicação desta historicidade na atuação em saúde, incorre-se em práticas reducionistas e pouco contundentes. Articulado com o dinamismo do campo, a aproximação às práticas corporais, entendidas enquanto manifestações culturais espontâneas potencializa a iniciativa ao trabalhar os sentidos e significados que se constroem continuamente no estabelecer das relações estéticas, éticas e políticas no território e reafirma a relevância da contextualização sociocultural da postura para experiência da educação postural, em detrimento de um pretensioso aprendizado teórico-prático fragmentado e prescritivo, que ainda vê o corpo como máquina e dicotomizando-o da mente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O brincar na escola pode atuar no sentido de produção de saúde, a despeito de sua importância no desenvolvimento infantil já amplamente descrita na literatura. Enquanto qualificador de vida e felicidade é capaz de relativizar a vulnerabilidade social na infância e servir de

cenário para ações em saúde. É preciso ter mais cautela ao tratar de ações interdisciplinares na escola, tanto no referencial teórico quanto na abordagem dos sujeitos, de modo que para superar a prescrição e a normatização ainda há muitas lacunas a serem preenchidas. Ao introduzir na discussão o lugar do agente social e histórico, inseriu-se uma visão ampliada de corpo, mostrando, por intermédio de atividades lúdicas, que é possível as crianças absorverem formas corporais e posturais sem necessidade de imposição de normas ou prescrição de hábitos. Diante do exposto, a apreensão da postura corporal feita ainda na infância e de maneira continuada proporciona a formação de uma consciência da própria postura e favorece que esta noção acompanhe o indivíduo por toda a vida. São necessárias mais iniciativas para que se possam considerar novas perspectivas no campo de atuação. Contudo, quando se trata de postura é preciso vê-la não somente em seus aspectos biomecânicos, rompendo com os paradigmas existentes e atuando a partir da produção de sentidos sobre o corpo e o movimento ao proporcionar experiências corporais consistentes e coerentes para a população em destaque, além de valorizar as composições resultantes dos encontros do coletivo.

CONSULTÓRIO NA RUA: ACESSO E BARREIRA NO TRATAMENTO DE TB

Camila Donnola Vasconcellos, Flávia Fasciotti Macedo Azevedo, Marcela Magalhães Ferreira de Castro Monteiro

Palavras-chave: Consultório na Rua, Sistema Único de Saúde, universalidade, tuberculose

Buscamos apresentar os resultados preliminares da primeira fase da pesquisa "Acessibilidade no tratamento da Tuberculose em usuários de álcool e

drogas em situação de rua” em seu viés qualitativo. Foram realizados grupos focais com as equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro em funcionamento entre outubro e dezembro de 2014. Os Consultórios na Ruas são a estratégia construída no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro para oferecer cuidados de saúde primários e secundários às pessoas em situação de rua regulados pela portaria 122, de 25 de janeiro de 2011. No momento em que a primeira fase da pesquisa foi realizada, cinco Consultórios na Rua estavam atuando com a população em situação de rua no município: duas equipes no Centro da Cidade (AP 1.0) e uma equipe em três outros bairros: Jacarezinho (AP 3.1), Manguinhos (AP 3.2) e Antares (AP 5.3). Cada área com características geográficas e populacionais específicas. Em comum, um alto índice de abandono do tratamento de TB entre seus usuários. A realização dos grupos focais teve como objetivo elaborar uma perspectiva inicial das impressões dos profissionais das equipes sobre o trabalho cotidiano, o projeto de Consultórios na Rua e o cuidado aos usuários com quadro de Tuberculose, particularmente aqueles com histórico de uso de álcool e drogas, diante do índice de abandono. A partir dos grupos focais foi possível recolher e observar falas relativas aos cuidados oferecidos e às formas como a população-alvo é percebida pelos membros das equipes. Com isso, propomos reflexões iniciais sobre a assistência prestada nos Consultórios na Rua pesquisados, seus desdobramentos em acessos e barreiras para os usuários do SUS e indicações para a segunda fase da pesquisa.

CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR EM CENTRO CIRÚRGICO E CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Caroline Lima Vasconcelos, Maria Margarete Oliveira Andrade, Jéssica Freire Rangel, Petra Kelly Rabelo de Sousa

Palavras-chave: Enfermagem, Centro de Material Esterilizado, Centro Cirúrgico

APRESENTAÇÃO: O Centro Cirúrgico visa atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada. Considerando-se o elevado número de procedimentos realizados e a complexidade da unidade, o papel do enfermeiro exige, além do conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica e estabilidade emocional. Organizar o processo de cuidar, coordenar e controlar o trabalho da equipe de enfermagem e as atividades que a unidade mantém com outras seções do hospital e garantir uma assistência completa ao paciente são finalidades do trabalho do enfermeiro em Centro Cirúrgico. A presença desse profissional se torna indispensável em praticamente todas as situações, desde a parte burocrática de organização do setor até a funcionalidade e esclarecimentos e orientações gerais tanto para o paciente quanto para os acompanhantes. Já a Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinado a receber material considerado sujo e contaminado, sendo sua função descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los e armazenar esses artigos para futura distribuição, controlando assim, a infecção hospitalar (IH). Nesse sentido, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro da CME estão incluídas no cuidado de enfermagem e de saúde e pode ser considerado cuidado indireto, observado na organização do ambiente de saúde e na garantia da qualidade e segurança aos procedimentos de intervenção, por meio do processamento adequado dos materiais. A função do enfermeiro tem início na fase de planejamento da unidade, cabendo-

lhe a escolha adequada tanto de recursos materiais quanto humanos, bem como a seleção e o treinamento de pessoas levando-se em conta o perfil do setor, além de ser o responsável por atividades de coordenação, orientação e supervisão de todas as etapas do reprocessamento dos produtos e estabelecimento de interfaces com as unidades consumidoras. Diante disso, é essencial a inserção de estudantes de enfermagem nessas unidades, a fim de que conheçam e vivenciem a prática assistencial e administrativa da especialidade, o que pode contribuir para uma formação mais completa e qualificada. Assim, este trabalho objetivou relatar as experiências vivenciadas no Centro Cirúrgico e na Central de Material e Esterilização pelas acadêmicas de Enfermagem do 5^o semestre da Universidade Estadual do Ceará, durante a disciplina de Enfermagem em Perioperatório e CME. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciada durante o estágio curricular da disciplina de Enfermagem em Perioperatório e CME, no Centro cirúrgico e na Central de Material e Esterilização de um Hospital terciário de Fortaleza, que teve como supervisoras as docentes da disciplina, no período de 28 a 04 de agosto do ano de 2015. Durante o estágio tivemos a oportunidade de observar a rotina das unidades nos primeiros dias e, posteriormente, fomos direcionadas para as diferentes funções das unidades, nas quais pudemos realizar os trabalhos junto aos profissionais. Foi uma imersão de um turno em cada função, que nos proporcionou o desenvolvimento de habilidades e competências durante a execução das tarefas, além de nos incentivar a colocar em prática o conhecimento adquirido em sala de aula. **RESULTADOS E IMPACTOS:** A CME do hospital em questão é referência no Estado por possuir tecnologias modernas que realizam a esterilização de materiais por diversos métodos, como o método à

vapor e o à baixa temperatura. Esta referida unidade recebeu em 2010 a certificação de padrão ouro na esterilização, pela excelência das etapas do processo. Esta, concedida pela 3M do Brasil, baseia-se nos padrões internacionais e tem o objetivo de reconhecer e disseminar as melhores práticas em monitoramento de esterilização. Tivemos a oportunidade de acompanhar todas as etapas do processo e participar diretamente em algumas delas, tais como a produção de embalagens e pacotes de diversos materiais, inclusive a montagem de bandejas cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia. Isto nos instigou a colocar em prática o conhecimento prévio, proporcionado pelas aulas teóricas, e nos fez perceber a grande responsabilidade e o grau de comprometimento dos profissionais com a instituição de saúde e com o cliente. Vimos que a enfermeira do setor, por ser a maior responsável, era também muito atarefada e, por muitas vezes, presenciamos a rotina intensa dessa profissional. O setor é bem dinâmico e precisa de uma grande mão de obra, pois envolve desde a recepção do material contaminado até a distribuição para todas as unidades do hospital, dentre estas, principalmente o CC, que é a maior unidade consumidora. Esta unidade é destinada à realização do procedimento cirúrgico e deve estar sempre provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender a qualquer situação de emergência. No CC o cliente é admitido e previamente preparado para o ato cirúrgico, sendo acompanhado em todas as etapas deste procedimento e também na recuperação pós-anestésica. A cirurgia altera a homeostase do organismo, o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo. Por isso, independentemente do tempo cirúrgico, o risco de complicações pós-operatórias está presente em toda intervenção. Tivemos a oportunidade de acompanhar

algumas cirurgias de grande porte, a saber: hepatectomia radical e retirada de aneurisma e acompanhamos o trabalho dos enfermeiros responsáveis no acompanhamento da cirurgia e na preparação das salas cirúrgicas e pelo setor como um todo. Essas vivências foram importantes, pois nos aproximaram das funções exercidas pelo enfermeiro em Perioperatório e CME; desse modo, nosso embasamento teórico foi ratificado com as experiências do estágio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estágio representou uma grande oportunidade de conhecermos a atuação do enfermeiro em Perioperatório e também contribuiu para a solidificação do conhecimento adquirido em sala de aula, sendo indispensável à existência deste na grade curricular e na lapidação da formação acadêmica. Percebemos a grande importância do enfermeiro em todas as etapas do processo e também a grande responsabilidade para que não houvesse nenhuma falha no processo. Concluímos que a enfermagem é essencial no período Perioperatório, desde a supervisão na Central de Material e Esterilização, cujos materiais influenciam totalmente no sucesso do ato cirúrgico e na recuperação do paciente, às intervenções no pré, trans e pós-operatório, sendo sua atuação indispensável para a promoção de cirurgias seguras e, conseqüentemente, de segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes e seus acompanhantes, promovendo conforto, segurança e redução da ansiedade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES DO PROJETO VER-SUS NO CARIRI, CEARÁ

Lucas Alves da Costa, Antonio Cleano Mesquita Vasconcelos

Palavras-chave: Educação em Saúde, Território, SUS

INTRODUÇÃO: Apesar dos avanços, observa-se que à formação em saúde ainda não permite que haja uma forte aproximação dos acadêmicos com a realidade dos serviços de saúde, o que pode limitar futuramente a atuação profissional. Diante disso, surge o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) com o propósito de agregar valores à formação acadêmica mediante a inserção de acadêmicos de diversos cursos de graduação da saúde na realidade do SUS. O VER-SUS consiste em um projeto que promove a completa imersão no Sistema Único de Saúde (SUS) na busca por agregar valores e raciocínio crítico da realidade dos serviços de saúde, melhor compreensão da influência dos determinantes sociais em saúde, estímulo a participação em movimentos sociais, dentre outros aspectos. Ele é realizado considerando as características do território, tais como a realidade nos serviços de saúde e a cultura local. Assim, a região do Cariri no Ceará, é conhecida principalmente por ser a capital da cultura cearense e efervescência artística, além de um forte turismo religioso. A cultura preserva diversos aspectos históricos da construção desse território sendo um dos principais pólos religiosos do país, determinando o município de Juazeiro do Norte como ponto de visitação de fiéis por se tratar da terra do Padre Cícero Romão, símbolo da cultura popular considerado santo por seus milhares de devotos. Dessa forma, as ações nos serviços de saúde devem considerar a fé dos indivíduos como um componente determinante para o tratamento e prevenção de muitas patologias. Ademais, o serviço de saúde deve considerar a peregrinação de grande número de romeiros que muitas vezes, chegam adoentados e necessitando de atendimento médico. Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo descrever vivências obtidas no projeto

VER-SUS no Cariri, contemplando três cidades: Juazeiro do Norte, Barbalha e Crato, além disso identificar implicações e contribuições do projeto para formação em saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiências vividas no projeto VER-SUS no Cariri, descritas por estudantes de cursos de graduação superior, especificamente nutrição, administração pública e educação física. A vivência ocorreu na região do Cariri, Ceará, nos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha nos meses de julho e agosto de 2014. O projeto se configurou no formato de imersão total, desse modo, acadêmicos de diferentes cursos de graduação viveram intensamente o SUS durante 15 dias, onde os estudantes puderam conhecer diversos espaços do sistema de saúde nesse período, conhecendo os níveis de atenção à saúde, espaços informais de saúde e cultura, movimentos populares, controle social em saúde, dentre outros. Além das visitas nos espaços, haviam momentos de diálogos e discussões que sucediam as vivências como forma dos participantes expressarem seus questionamentos e implicações a respeito do que tiveram contato no território e também aprender com a fala do outro através de um diálogo ativo e colaborativo na compreensão das novas tecnologias em saúde e outros desafios na produção do bem-estar em saúde. **RESULTADOS:** As ações do projeto fogem à linha tecnicista, procedimental e teve uma abordagem mais crítica, reflexiva nas questões relacionadas à saúde. Assim, diversos valores foram agregados, havendo construção e desconstrução de conceitos inerentes a questões relacionadas à saúde. Pode-se observar que a cultura e a religiosidade da região constituem em um fator importantíssimo de influência nas ações de intervenção em saúde. Especificamente, a religiosidade se mostrou não apenas como uma maneira alternativa de cuidado, mas também como um fator determinante de afirmação de

pertencimento ao território e criação de laços de convivência, que repercutem diretamente nas ações de saúde pública da região. Entretanto há também agravos na saúde advindos de aspectos culturais tais como o machismo e conseqüentes índices elevados de violência contra mulher. Resultante disso há também fortes movimentos feministas que tentam sanar esse problema dentre buscando a proteção das mulheres e garantias dos direitos constitucionais. Sobre a atenção à saúde de modo geral, vimos que estruturalmente está razoavelmente bem, entretanto vimos muitas ações com enfoque no tratamento e pouca ênfase na promoção de saúde. Assim o projeto VER-SUS mostrou-se importante por promover um maior conhecimento dos serviços do sistema de saúde local, assim dando um parâmetro fidedigno de como se dá as relações de cuidado, e como ocorre o processo saúde-doença no território. Promoveu também maiores reflexões acerca das questões relacionadas à saúde tal como maior consciência política não somente sobre saúde como também sobre outras questões que podem influenciar na mesma, como privatizações, parceria público-privada, integração com outras áreas como educação e cultura, além das peculiaridades socioeconômicas do território. Outra contribuição importante foi o estímulo às militâncias dos movimentos sociais como estratégias para o alcance de objetivos comuns e de melhorias nos serviços de saúde, pois historicamente, foi essa forma de atuação frente aos problemas de saúde brasileiros e regional que construiu o SUS a partir do movimento sanitário no início do século passado. Talvez um dos maiores legados tenha sido a importância de um grupo, de se ver no grupo, de se reconhecer no outro. As ações sempre eram precedidas de diálogos, os quais agregavam conhecimentos através do saber do outro, contribuindo para formação em saúde, o que

futuramente poderá disparar ações de fato multiprofissionais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível considerar que o projeto VER-SUS teve grandes contribuições na formação acadêmica, gerando reflexões diferenciadas, agregando valores incontestáveis. Foi proveitoso tanto para os acadêmicos que tiveram diante de si a realidade do sistema de saúde no Cariri, tanto para esse território, o qual terá futuramente profissionais formados através dessas vivências, com maiores conhecimentos e visão crítica da realidade dessa região. Apesar de ser um projeto que tente amenizar lacunas na formação acadêmica para saúde, revelou a necessidade de tais experiências durante a graduação, e tornou privilegiados aqueles que puderam participar. Assim é importante que haja continuidade do projeto nas universidades locais e demais instituições, proporcionando a (re) construção de um SUS efetivo e regionalizado, garantindo a equidade, integralidade e universalidade do sistema. **Palavras-Chave:** Educação em Saúde, Território, SUS Graduando em Nutrição pela Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN Graduando em Educação Física pela Universidade do Vale do Acaraú-UVA Graduando em Administração Pública e Gestão Social pela Universidade Federal do Cariri-UFCA.

CUIDADO EM SAÚDE E REDUÇÃO DE DANOS NO CAPSAD: PROBLEMATIZANDO O USO DE MEDIDAS DISCIPLINARES E SUSPENSÕES

Rodrigo Alves Rodrigues, Leandro Dominguez Barretto, Laisa Caldas Fernandes, Lorena Neris Almeida, Ameline Fernandes Santos, Társila Oliveria Castro da Cruz, Larissa Jesus da Gloria, Katarina de Lima Fernandes, Jakercia Souza Mascarenhas da Silva

Palavras-chave: medidas disciplinares, cuidado em saúde, redução de danos

APRESENTAÇÃO: Esse relato busca problematizar as experiências vividas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), a respeito do cuidado em saúde, da clínica psicossocial e da promoção de autonomia dos usuários, problematizando o uso de medidas disciplinares e suspensões como terapêutica de cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um CAPSad II localizado no município de Salvador /BA, que atende uma média de 40 usuários/dia. Conta com atividades de acolhimento (consulta clínica, formação de vínculo e escuta, abertura de prontuário, adscrição técnico de referência), psicoterapia individual, grupos de medicamentos, de família, alcoolismo, tabagismo, de medidas socioeducativas, oficinas de música, cinema, desenho e pintura, tecelagem, letramento, informática, relaxamento, inglês, aurículo-acunpuntura, plantões de acolhimento, reuniões de equipe e de discussão multiprofissional de PTS (projeto terapêutico singular), assembleia dos usuários, giro cultural, jogos esportivos, serviços de alimentação, atividades em campo no território, entre uma gama de atividades que tem como propósito a promoção do cuidado, da autonomia e a reinserção social dos usuários, por meio de atividades laborais e da arte. O CAPS assume o papel estratégico de organizador, sendo responsável pelo suporte à rede de atenção básica, pela prestação de atendimentos clínicos em regimes diários, evitando a internação em hospitais psiquiátricos. No entanto, o serviço ainda enfrenta algumas problemáticas no processo de trabalho, na relação entre profissionais e entre profissionais e usuários. De alguma forma, ainda pode se perceber uma reprodução de certas normas de controle e atitudes repressivas, imposições do saber médico e práticas que enfatizam a medicalização. Um hábito bastante naturalizado é trabalhar com aplicação de “medidas

disciplinares”, suspensões e controles no acesso. **RESULTADOS E IMPACTOS:** A equipe passa por um processo de rediscussão das relações de vínculo com os usuários e dos recursos utilizados em casos de crise ou indisciplina. Um recurso muito utilizado é a suspensão dos usuários do serviço, por certo período de tempo, e a adoção de “medidas disciplinares”. Verificou-se que as suspensões ocorriam principalmente tendo como justificativa os casos de agressão verbais por parte dos usuários com os profissionais de saúde ou com outros usuários. As adoções de certas medidas intensificaram alguns “conflitos” na relação equipe-usuários, ao associar-se a uma estrutura de co-gestão do serviço ainda em processo de construção, uma vez que os usuários têm pouco poder de decisão, até mesmo na assembleia dos usuários, além da dificuldade em conciliar problemas estruturais na oferta de alimentação com a demanda do serviço e com dificuldades para a organização da oferta por parte dos profissionais. Seguindo essa linha de raciocínio, alguns questionamentos foram sendo levantados: O que são de fato crises? Qual a diferença entre crise e indisciplina? Qual eram a sustentação teórica e conceitual da utilização de medidas disciplinares e suspensões enquanto recursos terapêuticos adotados em um serviço de saúde? A medida “suspensão” como recurso utilizado no manejo de certas situações de conflito com o paciente estavam sendo decididas e exercidas com sustentação terapêutica ou por um dispositivo de poder? Ao adotarmos uma medida de suspensão, como concebemos aqueles que cuidamos e qual o lugar atribuído a eles? De qual lugar o técnico ou terapeuta opera? Igualitarismo em uma instituição é possível? Quais funções e papéis os profissionais têm de assumir nesse contexto? Como lidar com as questões de hierarquia? Os usuários cobram da equipe uma posição firme, que relação de poder é essa? Como lidar com a violência

e como se instrumentalizar para isso? Analisando essas questões, percebe-se que onde existe resistência, existem relações de poder; e que nosso maior “cadeado” talvez seja a maneira de enxergar a vida do outro; pois é preciso se encontrar com o outro e para isso torna-se necessário não se colocar tão forte ou autoritário frente a esse outro, uma vez que a existência do outro pode terminar por passar despercebida; porém cabe observar que em alguns casos pode ser terapêutico não responder a uma demanda. Percebe-se que a valorização das relações de hierarquia e a reprodução cotidiana de pequenas disciplinas podem levar ao surgimento de agressões como mecanismos de resposta. Certas proibições, como a do uso de substâncias psicoativas no serviço, podem na prática ser apenas mais uma regra, para sujeitos sociais marginalizados de seus direitos e expostos a uma vida de transgressões, de quebra de disciplinas e não submissão a determinadas regras. A Reforma Psiquiátrica coloca como desafio para o CAPS ser uma instituição da desinstitucionalização e para isso, é fundamental superar a relação de poder verticalizada e a hierarquização do saber saúde. Colocar o usuário em outro lugar, em uma relação profissional-usuário horizontal e potencializadora de autocuidado, pode fazer com que ele assuma um local diferente nessa relação, intensificando os vínculos, a confiança e até mesmo, a pactuação de responsabilidades. Desse modo, podem ser rompidas tensões nessa relação “gato-rato” entre profissionais e usuários, construindo novas relações. Logo, verifica-se que não há um papel terapêutico na adoção de suspensões; além disso, se a saúde é um direito, um cidadão não pode ter o acesso negado a um serviço de saúde, apesar de a retirada do serviço poder ser uma forma de manejo em casos de crise, mesmo tendo ciência que a crise se trabalha fora dela, com o usuário já estável. As “medidas disciplinares” não são

um termo do campo da saúde, e sim do campo jurídico, mostrando o seu caráter de significativo histórico nas relações de poder. Esses são exemplos vivos de que a Reforma Psiquiátrica ainda está em curso, uma vez que é uma reforma dos lugares de poder na saúde mental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Entre os principais desafios enfrentados estão a revisão cotidiana do conceito de saúde e o sentimento de despreparo, frustração ou insegurança da equipe de saúde em lidar com situações de crises e indisciplina e com a transgressão de regras por parte dos sujeitos usuários; em lidar com a proximidade do território, do tráfico e da violência, e em trabalhar com a aplicação de medidas socioeducativas com usuários infratores, encaminhados ao serviço pelo sistema judiciário. O desgaste dos profissionais de saúde, principalmente dos que está a mais tempo em serviço, na relação com os usuários e na reprodução de práticas, também é outro fator importante a ser considerado; as profissionais de saúde mulheres enfrentam cotidianamente a realidade de lidar com a reprodução de práticas machistas por parte de muitos homens usuários. Percebe-se também uma dificuldade dos profissionais em procurar soluções, devido ao medo da exposição de determinadas situações, que na verdade são frequentes em boa parte dos CAPS e serviços de saúde mental do país. O campo da saúde mental, principalmente na Redução de Danos, enfrenta diversas barreiras ideológicas, culturais, econômicas, jurídicas e políticas. Nesse contexto, apresenta uma característica muito peculiar, que é a ênfase na militância em serviço como “clínica”, ferramenta de produção do cuidado. Para promover mudanças no modelo de atenção à saúde, pondo fim a mercantilização e a medicalização e adotando um conceito ampliado de saúde na execução das práticas, é preciso atuar cotidianamente em serviço propondo alternativas.

DES’MEDIDA, PROGRAMA DE EXTENSÃO “DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: POR UM ACOMPANHAR NA REDE”, UFRGS

Miriam Thais Guterres Dias, Simone Mainieri Paulon, Vanessa Maria Panozzo Brandão, Paula Goldmeier, Pâmela Silva Braz, Guillermo Falavigna

Palavras-chave: direitos humanos, paciente judiciário, saúde mental, interdisciplinariedade, políticas públicas

O resumo visa apresentar e problematizar as interseções entre direito penal e saúde mental, a partir das experiências vivenciadas no Des’Medida, em uma perspectiva dos Direitos Humanos. Através de um olhar interdisciplinar, as ações do Programa propõem uma articulação intersetorial, bem como uma reflexão conjunta das áreas Psicologia, Serviço Social e Direito acerca dos estigmas estruturais das ciências junto ao “louco infrator”. O Movimento pela Reforma Psiquiátrica tem apontado a inconstitucionalidade da medida de segurança, pois sua aplicação fere os princípios da reserva legal e da proporcionalidade da pena. Um dos objetivos do Programa é assessorar o judiciário na aplicação e execução da sentença dos processos com indicativo de incidente de insanidade mental ou já sentenciado, oferecendo ao paciente judiciário condições singulares de acompanhamento que contribuam com sua inserção social. A trajetória de trabalho do grupo inclui ações de ensino, pesquisa e extensão e visam contribuir com avanços no campo da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos. Nessa interlocução, tem como foco os processos de desinstitucionalização por meio de assessoria técnica interdisciplinar ao paciente judiciário e às equipes profissionais diretamente envolvidas com este. O Programa oferece ao paciente

judiciário suporte e laço de aproximação com as políticas públicas para uma atenção psicossocial, mais especificamente as de saúde mental e de assistência social, e também subsidia o aparelho judiciário na adoção de medidas jurídicas alternativas à Medida de Segurança de Internação, tal como a Medida de Segurança Ambulatorial. Ainda há diferentes atividades que compõem o programa, como: acompanhamento e análise dos processos jurídicos com indicativo de doença mental; atendimento psicossocial aos pacientes judiciários; contribuição na elaboração dos Planos Terapêuticos Singulares para reinserção social dos pacientes judiciários nos seus territórios de vida; produção de pareceres interdisciplinares para subsidiar juízes de primeira instância; ações de formação como supervisão clínico-institucional; oficinas e seminários; disciplinas eletivas sobre temáticas na interface entre Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos; orientações de trabalhos acadêmicos visando à qualificação e divulgação do Programa, além de eventos abertos à comunidade em diversas temáticas na interface entre Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos. A atuação do Des’Medida se dá, assim, na perspectiva de constituir-se como dispositivo conector do processo de desinstitucionalização, trazendo para a vida desses sujeitos uma possibilidade de viver em sociedade, superando as práticas segregadoras dos manicômios judiciários. No contraponto de uma proposta higienista e asséptica “em defesa da sociedade”, entendemos a importância de outra tessitura que aposte no caráter de testemunho e de recomposição das histórias singulares dos tantos sujeitos tidos como “infames” e “descartáveis”, mas que no encontro com uma rede de cuidados que lhes foi tolhida possam começar de novo e construir uma vida em liberdade. O Programa parte da perspectiva de defesa e

busca pelo acesso a direitos sociais violados ou não, atendidos anteriormente ao ato, reforçado pelas contradições do sistema social, econômico e político vigente no País. A Desmedida é um dispositivo articulador de rede, constituindo-se como um serviço externo, buscando o atendimento a usuários residentes na capital e região metropolitana. Os desafios presentes numa ação interdisciplinar e intersetorial em saúde mental são relevantes numa realidade de constante luta por uma sociedade sem manicômios no país. Ao mesmo tempo, a baixa oferta de serviços de saúde mental existente em muitos municípios prejudica a atenção às demandas em saúde mental, principalmente àqueles sujeitos que infringiram os códigos de convivência na sociedade. O Programa desmedida age como aporte também na desconstrução do duplo estigma loucura/crime, que dificulta o acesso a direitos sociais não materializados pelo Estado. Tal ação fundamenta-se na análise crítica dos múltiplos contextos que envolvem os usuários a quem se prestam atendimentos, familiares, equipes e serviços.

DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA COM EQUIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA POPULAÇÃO TRADICIONAL KAINGANG - ÁGUA SANTA/RS

Amanda Tamara de Souza, Carolina Klaesener, Vanderléia Laodete Pulga, Patricia Aline Ferri Vivian, Grégory Joaquim Cardoso

Palavras-chave: Saúde Indígena, Equidade, Formação médica

APRESENTAÇÃO: A formação de profissionais da saúde atentos aos problemas sociais caracteriza um dos principais desafios éticos da modernidade. Nesta perspectiva,

os cursos da ciência da saúde, em especial a medicina, estão se reestruturando com o propósito de inserir seus estudantes na realidade do contexto nacional, priorizando o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta prática tem se consolidado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo/RS, durante as vivências de imersão no SUS, realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Água Santa, dentro do componente curricular Saúde Coletiva e, a partir dessa ação, deparamo-nos com a realidade de duas áreas indígenas da etnia Kaingang. Os povos indígenas do Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde com perfil epidemiológico regional/nacional ainda não elucidado e estudos escassos e fragmentados sobre essa temática. Entretanto, nosso sistema de saúde preconiza a assistência através da equidade, o que não pode ocorrer, pois não se conhece a realidade dos povos indígenas tradicionais. Neste segmento, este trabalho teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico de uma das comunidades Kaingang habitante do município de Água Santa, procurando investigar os principais fatores responsáveis pela morbidade da população. A escolha da comunidade ocorreu em virtude da mesma encontrar-se com maior vulnerabilidade social, contando com 38 famílias acampadas em uma antiga sede estatal. METODOLOGIA: A metodologia utilizada consistiu na aplicação da Ficha A, análise dos prontuários de atendimento na UBS do município e diálogo com a comunidade para construção de estratégias de melhoria das condições e indicadores de saúde junto ao Conselho Municipal de Saúde. Como resultado, aplicou-se a Ficha A em 62,5% do total das famílias da comunidade, das quais podemos observar que: todas eram alfabetizadas; utilizam como destino comum para o lixo produzido a queima em área afastada da moradia; todas as residenciais eram de madeira; os dejetos

humanos eram destinados a uma fossa a céu aberto; não havia banheiro nas residências; o abastecimento de água era efetuado pela mesma rede pública municipal de Água Santa que abastece a cidade, porém o mesmo era executado uma vez por semana através de um caminhão pipa; os meios mais comuns de comunicação são celular, rádio e televisão, e de transporte são o ônibus escolar ou intermunicipal seguido por carro próprio. As profissões eram variadas. Havia professores, agricultores, trabalhadores da agroindústria, donas de casa, estudantes e uma técnica de enfermagem. Ao serem questionados qual a unidade de saúde que procuram quando necessitam de cuidados médicos, as respostas foram o Hospital (das cidades de Tapejara ou de Passo Fundo-RS), ou a UBS do município. Um dos entrevistados afirmou possuir plano de saúde. Houve um relato de morbidade (Etilismo), os demais declararam não possuir doenças crônicas. Na análise dos prontuários médicos dessa comunidade, localizada na UBS de Água Santa, 52% pertenciam ao sexo feminino, 29% ao sexo masculino e 19% infantis. A idade dos pacientes variou entre seis meses a sessenta e nove anos. Como queixa principal, a maior incidência foi relacionada a dores abdominais, diarreia, vômito, seguido por dores articulares, atraso menstrual, sangramentos, abortamento, gravidez, diminuição da atividade visceral, congestão nasal, fogachos e febre. As doenças com maior prevalência foram as de ordem gástrica (pirose, epigastria), seguido de etilismo, urticária, anicomiose, fibrose cística e anemia falciforme. RESULTADOS: Apesar de não ser possível a construção de um perfil epidemiológico apenas com esses dados, sugerimos que a principal causa de morbidade neste grupo relaciona-se à falta de saneamento básico na comunidade. Os indícios deste quadro foram os constantes relatos de vômito, diarreia e dores abdominais, bem como as queixas

de dor epigástrica e pirose que, por sua relevância, necessita de maior investigação. Dentre os atendimentos realizados foram tomadas as condutas de prescrição de medicamentos, encaminhamento para especialista (ginecologista, pediatra, ortopedia) ou solicitação de exames para tratamento. Como última etapa do estudo, realizamos a intervenção na comunidade Faxinal com o objetivo de apresentar os dados levantados através da Ficha A e análise dos prontuários e em conjunto dialogarmos sobre as patologias com maior prevalência na comunidade, levantando necessidades de saúde e possíveis soluções, bem como escolher um representante da comunidade para reivindicar melhorias junto ao Conselho Municipal de Saúde de Água Santa. Após apresentarmos os dados coletados, colocamos em pauta o porquê dessas doenças ocorrerem e que ações poderiam ser tomadas para alterar essa realidade. A comunidade esteve muito interessada e participativa, sugerindo que os possíveis problemas relacionados a essas doenças seriam: negligência na coleta do lixo (tempo médio de coleta de dois meses), escassez de água, abandono de animais, ausência de banheiros, dificuldades no transporte e na comunicação com a UBS (sinal linha telefônica), necessidade da visita periódica de uma agente comunitária de saúde ou um médico na comunidade, construção de um local para consultas médicas e da técnica de enfermagem. Como soluções, a comunidade propôs a diminuição do tempo da coleta do lixo e distribuição de água: instalação de mais uma caixa de água, tonéis para coleta provisória do lixo, transporte para a comunidade no período da manhã e fim de tarde, visita de um médico da saúde da família a cada 15 dias, contratação de uma agente de saúde da própria comunidade e construção de um espaço físico destinado ao atendimento de saúde. As reivindicações foram levadas ao conselho municipal de saúde em um

momento onde foi discutida a Política de Saúde Indígena, com a participação de dois representantes da comunidade indígena. Foram estabelecidos acordos para a diminuição do tempo da coleta de lixo e entrega da água, contudo, a problemática do transporte e atendimento médico não foram resolvidos, sendo encaminhado documentação a SESAI na busca de solucionar o problema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conhecer a realidade na qual estamos inseridos é primordial para que a política de equidade seja garantida. Os problemas vivenciados nesta comunidade são recorrentes em diversas outras comunidades indígenas, ou não, do Brasil. O saneamento básico ineficaz gera um quadro de risco para aqueles que residem nestas condições. O destino impróprio dos dejetos e lixo humano são fontes de proliferação de patógenos que podem causar danos ambientais permanentes. O armazenamento incorreto da água potável recebida também é um problema, pois pode se tornar inadequada ao consumo humano e animal. O poder público, principalmente a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), da Unidade Básica de Saúde de Água Santa, são responsáveis pela estruturação destas comunidades e pela orientação de seus moradores. Através do trabalho preventivo, valendo-se de medidas simples como a fervura da água antes do consumo e a construção de fossas sépticas reduziria a ocorrências destas enfermidades. Buscamos com esta ação interventiva despertar o olhar para a população indígena no município de Água Santa quanto à fragilidade da assistência dos serviços de saúde através do levantamento das doenças com maior prevalência. Também procuramos instigar o desejo de reivindicar a garantia do direito a saúde com qualidade e equidade e a participação no Conselho municipal de saúde, fomentando o exercício do direito da cidadania.

DIFUNDINDO E POPULARIZANDO A CIÊNCIA DO CUIDAR: RESULTADOS DE CINCO ENCONTROS DE EGRESSOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM, CAMPO GRANDE - MS

Everton Ferreira Lemos, Kaysa de Souza Brandão, Luciane Negrete Saracho, Alessandra de Figueiredo Gonçalves, Aline Matos Troiano, Vania de Sousa Almeida, Adriele Benites

Palavras-chave: Ensino, Enfermagem, Metodologias

APRESENTAÇÃO: A educação de qualidade é fundamental na formação de cidadãos capazes de visualizar com amplitude o campo coletivo e consequentemente de bem estar. As instâncias formadoras vêm por meio das Diretrizes Curriculares, aprimorar as formas de ensino-aprendizagem contextualizadas para os desafios do trabalho em saúde. Para contemplar as Diretrizes Curriculares nacionais do Técnico em Enfermagem, a aprendizagem e a posição que o docente deve assumir em relação com aluno, uma prática voltada para o respeito mútuo, na confiança, na percepção do aluno como ser integral, perceber a si e ao outro, e como consequência exercer melhor seu papel como profissional de Técnico em enfermagem. O processo de formação é essencial para a transformação dos serviços de saúde, fazendo com que o futuro profissional possa compor a equipe de saúde com visão holística e humanizada nas práxis que ocorrem. Nessa perspectiva a metodologia ativa de ensino-aprendizado que envolve a autoiniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais, torna-se mais duradoura e sólida. Buscando estimular os alunos concluintes do curso de Técnico em Enfermagem, a desenvolverem o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de forma prática e que leva ao raciocínio crítico e reflexivo. O presente relato tem por

objetivo promover a difusão e popularização de conhecimentos relacionados à ciência do cuidar. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A proposta pedagógica realizada com os concluintes do curso Técnico em Enfermagem ocorreu no período de 2014 a 2015, com cinco turmas que concluíram as atividades curriculares obrigatórias do Centro de Ensino Técnico (CENTEC- Paulo Freire) de Campo Grande, MS. As atividades incluíam a produção do trabalho de conclusão de curso (TCC) e a organização do Encontro de Egressos do Curso Técnico em Enfermagem para a difusão e popularização do conhecimento entre os alunos, egressos do curso e a comunidade. A proposta estava inserida junto à disciplina de Epidemiologia Aplicada à Saúde, sob orientação do docente responsável pela disciplina. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No período de 2014 a 2015, foram realizados cinco encontros de Egressos. Para cada encontro um tema central norteou as discussões e as produções intelectuais desses alunos concluintes. Os temas abordaram: “Globalização e qualidade de vida dos estudantes dos cursos técnicos”; “Mostra científica de tecnologia e inovação em Enfermagem”; “O girar das Políticas de saúde com universalidade, equidade e integralidade”; “Assistência de enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias” e “Oficinas para cuidadores de Idosos.” Para cada evento, a organização e reuniões periódicas com os alunos puderam nos aproximar de uma construção coletiva do conhecimento, com inúmeras ideias e produções significativas para o trabalho nos serviços de saúde e coletividade. Dos produtos alcançados de acordo com os Encontros de Egressos: 1) Investigação sobre a qualidade de vida dos alunos dos cursos técnicos. Buscaram em um levantamento informações com os alunos dos diversos cursos sobre qualidade do sono, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, atividades físicas, consumo de cafeína, hipertensão

arterial, e Risco Cardiovascular (IMC e índice de conicidade). As apresentações foram sistematizadas em painéis e apresentadas para uma banca examinadora, que avaliaram os trabalhos e premiaram os melhores resultados. 2) Produção de protótipos de baixo custo, com aplicabilidade na saúde e coletividade. Os alunos produziram diversos produtos, entre eles: cortador de fita hipoalergênica; máscara de nebulização e mordedor para higiene oral em pacientes no estado de déficit no autocuidado; bolsas beg para separar jalecos limpos do sujo; carrinho porta material de descarte de perfuro cortante; cadeira para banho produzida a partir de canos de PVC e fios de plástico; organizador de medicamentos por períodos (Manha, tarde e noite); e recipiente para descarte de agulhas e seringas de insulina para pacientes no domicílio (produzido por meio de cano de PVC). Os produtos elaborados foram apresentados no 2º Encontro de egressos e uma banca examinadora avaliaram os trabalhos e premiaram os melhores resultados. 3) Cine - Ciência e Arte sobre o Girar das políticas de saúde com universalidade, equidade e integralidade. Os alunos por meio de temas pré-selecionados foram repórteres por um dia. Buscaram informações sobre o SUS, produzindo uma série de vídeos nas Unidades de Saúde de Campo Grande. Após esta produção, os alunos reunidos na sala de vídeo produziram um programa denominado “Enfermagem em Ação”. Com 30 minutos, a curta metragem fez os alunos participarem ativamente da discussão sobre o SUS, das dificuldades aos avanços. O vídeo produzido foi apresentado durante o 3º Encontro de Egressos. 4) Assistência de Enfermagem em Doenças infecciosas e Parasitárias, teve como tema central a “Dimensão do Cuidar: A enfermagem e as doenças dos Trópicos”. Os alunos produziram um marcador de páginas de livro, informações sobre as doenças: Chagas,

Chikungunya, Tuberculose, Leishmanioses e Dengue. Os egressos organizaram um Seminário com público de 200 pessoas (técnicos, graduação, e comunidade), com participação de entidades como Conselho Regional de Enfermagem (COREN, MS), Secretaria do Estado de Saúde (SES), profissionais de saúde, docentes e pesquisadores de instituições públicas federais e privadas. O evento foi realizado em dois dias com diversas palestras de atualizações na área de DIP. 5) Oficinas de cuidadores de idosos. Os alunos elaboraram atividades educativas, com metodologia ativas em sala de aula, para cuidadores de idosos. Os assuntos abordados foram: Nutrição do idoso; Higiene corporal e oral do idoso; Mobilização no leito e postura corporal do cuidador; Cuidados com curativos e prevenção de úlceras; e Risco de queda. As atividades foram realizadas em dois dias, contaram com 52 participantes. Após esta atividade foi programada o 5º Encontro de Egressos para apresentação dos resultados da oficina e divulgação das imagens registradas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Centec é pioneiro na realização desta atividade, proporcionando aos egressos, ações diferenciadas de modo à (re) orientar as práticas de ensino aprendido dos alunos. A proposta da metodologia ativa foi um diferencial para os egressos, uma vez que, oportunizou colocar em prática problematização em saúde, elaboração de novas tecnologias para melhoria da assistência, fomentando a formação crítica e reflexiva e trabalho em grupo o que propicia um trabalho sistematizado e integrado. Possibilitando assim a formação profissional para o exercício de técnico em enfermagem contribuindo para uma atuação, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES: RELATANDO UMA EXPERIÊNCIA

Ana Karina de Sousa Gadelha, Giovana Grécia Anselmo Viana, Karina Oliveira de Mesquita, Emanuel Avelar Muniz, Cilene Maria Freitas, Geilson Mendes de Paiva, Francisca Lopes de Sousa

Palavras-chave: Adolescência, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: Os espaços de educação em saúde são estratégias que promovem momentos de reflexão, fornecendo subsídios aos usuários para um processo de transformação de comportamento, exaltando a autonomia dos mesmos na condução de sua vida. Partindo da inquietação de uma equipe de saúde diante de uma realidade que lhe é cotidiana e que diariamente a incita a explorá-la e a transformá-la, foram planejadas ações de educação em saúde para adolescentes com o objetivo de fortalecer vínculos e favorecer um aprendizado diferenciado, na perspectiva de despertar neste público um maior interesse pela cultura, lazer, esporte e aquisição de conhecimentos sobre saúde-doença, possibilitando mudanças de hábitos e consequente estilo de vida saudável. A maior parte da população economicamente ativa do mundo está compreendida na faixa etária juvenil, que também transita por diversos lócus da sociedade, daí a importância de investir cuidados nesse segmento. É importante também ressaltar que a adolescência é um período da vida caracterizado por intensas modificações, tanto físicas quanto psicológicas, influenciadas por fatores socioculturais e familiares, que levam os jovens a vivenciarem situações diversas na transição para a vida adulta. Portanto, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência de educação em saúde com os adolescentes do território

do Centro de Saúde da Família Herbert de Sousa, do bairro Padre Palhano em Sobral, Ceará. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva do tipo relato de experiência realizado no Centro de Saúde da Família do bairro Padre Palhano em Sobral, Ceará, no ano de 2012. Foram realizadas ações de educação em saúde que aconteciam semanalmente, aos sábados, no horário de nove e meia às onze horas. A metodologia dos encontros se concentrou em rodas de conversas com os adolescentes que eram convidados por todos os profissionais da equipe de saúde e construção de painel a partir de conceitos formulados através da chuva de ideias, apresentação de vídeos e filmes. Os momentos eram divulgados cotidianamente, durante o acolhimento, triagem e outros atendimentos do serviço. A programação constava de: acolhida, apresentação da programação do dia, lanche, desenvolvimento da atividade baseada em temáticas sugeridas pelos adolescentes, seleção do adolescente apoiador e multiplicador para o encontro seguinte através de sorteio e encerramento. Na atividade roda de conversa, onde todos tinham a oportunidade de se expressar e eram instigados para tal, havia um direcionamento através do condutor para explorar e esgotar o conteúdo ou temática relacionando a teoria com a prática e, posteriormente, concluir com sugestão de propostas, possíveis de serem realizados pelos adolescentes, com o objetivo de exercitarem a boa prática no meio que convivem. O desenvolvimento das ações permitiu perceber que havia algumas temáticas consideradas pelos adolescentes, como prioritárias e estava sempre na lista de solicitações, tais como: sexualidade, reprodução humana, corpo humano, DST, AIDS, gravidez, doenças comuns em adolescentes, planejamento familiar, álcool e drogas. Habitualmente, os profissionais envolvidos nas ações eram agentes

comunitários de saúde, enfermeiros, gerente da Unidade de Saúde, profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e um articulador do bairro vinculado à coordenação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). **RESULTADOS:** A utilização de metodologias ativas nos momentos de educação em saúde proporcionou maior participação e envolvimento dos adolescentes. A roda de conversa, método utilizado para condução das atividades, proporcionou um diálogo mais horizontal e motivador para o grupo, sendo avaliado por este como ideal, comparado a tradicional aula expositiva. A construção de painel através da chuva de ideias também resultou em excelente participação criativa dos adolescentes. Também houve momentos inovadores com utilização de vídeos e filmes para promover debates e problematização das temáticas. Com o objetivo de satisfazer o desejo manifestado pelo grupo, foram realizados dois momentos de lazer, constituídos de piqueniques em um clube, o qual foi cedido por uma instituição privada. Na ocasião foram proporcionadas atividades esportivas, recreação, dança e orientações sobre estilo de vida saudável, desenvolvidas com o apoio dos profissionais de educação física. As atividades de educação em saúde viabilizaram a construção de um grupo de adolescentes, que iniciou com nove participantes, alcançando gradativamente, uma quantidade satisfatória de adesão entre 20 e 30 pessoas, e com o passar dos meses se estabilizou em uma média de quinze integrantes, evidenciando uma boa participação dos adolescentes nos momentos. O vínculo destes jovens com a equipe da unidade de saúde ficou fortalecido, a parceria com os profissionais do CRAS tornou-se mais evidente, haja vista o desenvolvimento de atividades conjuntas. Muitos adolescentes que inicialmente apresentavam-se introvertidos, inibidos e pouco comunicativos, passaram, no

decorrer dos encontros a manifestar, espontaneamente, seus depoimentos e vivências a partir das aprendizagens no grupo. A realização desse trabalho com adolescentes promoveu ainda o favorecimento de afeto, confiança e parceria, levando a crer na possibilidade de mudança de atitude e prática de bons hábitos. Pode-se afirmar ainda que uma forma de manter ativo um grupo de adolescentes para atividades de educação em saúde é: motivar os profissionais que as conduzem, demonstrar autonomia ao grupo, favorecer o desenvolvimento do protagonismo juvenil, manter a regularidade dos encontros e adotar a metodologia participativa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O público adolescente reconhece a fragilidade da atenção à saúde do adolescente, já que a atenção das equipes está sempre mais voltada para ações ligadas aos programas de saúde prioritários, que excluem a atenção ao adolescente. Portanto esse público necessita de ações direcionadas dentro da Estratégia Saúde da Família, e as atividades em grupo são estratégias eficazes para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e essa população, considerando que o vínculo é essencial para o sucesso das ações. Com esta experiência foi possível estabelecer essa relação de vínculo e obter resultados positivos. É válido reconhecer que o envolvimento ativo dos jovens no desenvolvimento de ações de educação em saúde é essencial para implementação de intervenções e/ou programas de saúde não somente assistenciais, mas socialmente relevantes e inclusivos. Assim, o protagonismo juvenil pode ser uma importante estratégia para a transformação da realidade e para a promoção da saúde e qualidade de vida dos sujeitos comunitários. Acreditamos que vale a pena lutar para que os jovens acessem cada vez mais os recursos que lhe permitam lidar com ameaças à saúde na adolescência.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMINHO PARA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DO PRODUTOR RURAL NA ATIVIDADE LEITEIRA

Elisete Cristina Krabbe, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Angélica Facco, Victória Medeiros da Rosa, Priscila Rodrigues da Silva, Daisiane Cazarotto, Lincoln Silva, Noé Gomes Borges Júnior

Palavras-chave: Trabalhador rural, Atividade leiteira, Desconfortos corporais, Educação em saúde

Introdução Os produtores de leite têm pouco ou nenhum tempo livre para se ocuparem com outras atividades que não as profissionais. Além disso, a atividade de ordenha é apenas uma das atividades envolvidas no trabalho agrícola, pois muitos agricultores também desenvolvem outras atividades paralelas na propriedade rural a fim de aumentar a renda e utilizar os espaços e recursos existentes. Essa alta rotatividade de atividades desenvolvidas no trabalho agrícola acaba por provocar desgaste constante no produtor, interferindo, assim, na sua qualidade de vida (SANTOS FILHO, 2009). Metodologia e/ou Descrição da Experiência A população do estudo totaliza 23 produtores, de pequenas propriedades rurais de 07 municípios da região Noroeste do Rio Grande do Sul (Cruz Alta, Boa Vista do Inca, Fortaleza dos Valos, Pejuçara, Santa Bárbara do Sul, Boa Vista do Cadeado e Catuípe), vinculadas a EMATER, estando relacionados diretamente à produção leiteira. Metodologias ativas foram o viés condutor de todas as atividades que tiveram como objetivo desenvolver ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde postural dos trabalhadores rurais na atividade leiteira, visando uma integralidade na atenção, com vistas à melhoria da saúde postural e consequente qualidade de vida.

A primeira intervenção foi a avaliação inicial no Laboratório de Fisioterapia no Campus da Universidade de Cruz Alta, realizada pelos alunos bolsistas PIBIC, pesquisadores da UNICRUZ (Universidade de Cruz Alta - Centro de Ciências da Saúde e Agrárias - CCSA) e da UDESC (Universidade do Estado de Santa Catarina - Laboratório de Instrumentação - LABIM/CEFID). Foram detectados desvios, anormalidades e assimetrias na coluna vertebral, membros superiores e inferiores, dores e desconfortos em vários segmentos corporais, encurtamentos e diminuição da flexibilidade dos trabalhadores. Percebemos a necessidade da realização de ações com o objetivo de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais em relação aos movimentos e posturas corporais inadequadas. Iniciamos um programa de educação em saúde, utilizando, entre outras coisas, rodas de conversa e oficinas pedagógicas. Também foi implantado, durante os meses de março a maio de 2015, com o grupo pesquisado, um Programa de Cinesioterapia Laboral planejado, orientado e supervisionado, visando buscar além dos benefícios físicos em si (respiração, alongamento muscular, melhor oxigenação e circulação sanguínea), momentos de descontração, e um desligamento momentâneo dos problemas e posturas exigidas pelo trabalho. O grupo vivenciou “uma pausa em que os seres humanos buscam bem-estar, saúde e Qualidade de Vida” (FIGUEIREDO & MONT’ALVÃO, 2005). Foram realizadas 4 Oficinas Pedagógicas de Educação e Saúde com os produtores de leite participantes do estudo e com os extensionistas da EMATER de cada município. Os encontros aconteceram no Laboratório de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ, envolvendo os seguintes temas: 1º. Esclarecimentos para os trabalhadores envolvidos na atividade leiteira dos objetivos do estudo do qual está participando, ressaltando os possíveis

benefícios da atividade de cinesioterapia para a saúde e qualidade de vida. Entrega de cartilha explicativa, com ilustrações das atividades e alongamentos que foram realizados no período de março a maio de 2015, no domicílio pelos participantes. 2º. Discussão sobre o tema: “Viva bem com a coluna que você tem!”. De forma lúdica estudamos juntos a anatomia e fisiologia da coluna vertebral e membros (superiores e inferiores) e as consequências e riscos de se adotar uma má postura. 3º. Buscando construir um entendimento sobre a importância da participação de todo cidadão no controle social para construção da integralidade a saúde, entregamos a cartilha das diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) que aborda os direitos e deveres dos cidadãos referente à sua saúde e bem-estar psíquico e físico. 4º. Desvendando e entendendo a Ergonomia no ambiente de trabalho do produtor de leite, salientando as necessidades a serem adquiridas para um maior conforto e proteção a coluna vertebral e ressaltando o que já possuem e que deve ser mantido para sua comodidade no trabalho (Figura 4). Durante os 3 meses de intervenção cinesioterapêutica e encontros pedagógicos, o grupo de pesquisadores também realizou visitas nas propriedades rurais nas diferentes cidades dos sujeitos participantes desse estudo, como forma de compreender a realidade o dia a dia de trabalho e necessidades para uma melhor saúde desses indivíduos, reforçando sempre a ideia da realização das atividades laborais propostas desde o primeiro encontro. Avaliação final foi no Laboratório de Fisioterapia no Campus da Universidade de Cruz Alta/Unicruz, realizada pelos pesquisadores da l’université d’Auvergne - IUT, Clermont Ferrand/França, da Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Laboratório de Instrumentação - LABIN - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID e Universidade de Cruz Alta

- Centro de Ciências da saúde e Agrárias - CCSA, Curso de Fisioterapia. Considerações finais: Constatamos, ao final do estudo, a reformulação da percepção de saúde postural das famílias rurais, reforçando o papel da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva. Sendo a qualidade de vida, definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence, foi influenciada de forma benéfica. As oficinas pedagógicas de educação em saúde foram um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada trabalhador concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER, 2006). Ficou evidente que as atividades laborais e as oficinas pedagógicas proporcionaram relevante melhora no dia a dia dos produtores leiteiros, fazendo com que os mesmos possam realizar suas AVDs com mais habilidade e disposição, possibilitando com que os agricultores tenham disposição para momentos de lazer, em uma vida com mais vitalidade.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: AMPLIANDO E INTENSIFICANDO O CUIDADO

Milene Santiago Nascimento

Palavras-chave: câncer de mama, micropolítica, Educação Permanente

APRESENTAÇÃO: Este relato é resultado de um projeto de intervenção construído pela autora, como trabalho de conclusão do curso de especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ) no ano de 2015. O projeto visa um município

de aproximadamente 120.000 habitantes (IBGE, 2010), do estado do Rio de Janeiro. Pretende-se apresentar o processo de investigação das causas que interferem no processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e propor estratégias de enfrentamento das dificuldades. Para tanto, situa a Educação Permanente em Saúde como um alicerce central para a execução das ações. Este relato objetiva: apresentar as causas que interferem no processo de detecção-diagnóstico-tratamento do câncer de mama no município acima descrito; expor a metodologia utilizada pela autora durante o processo de coleta de dados; situar as estratégias da Política de Educação Permanente em Saúde como fundamental para a garantia do cuidado. **DESENVOLVIMENTO:** A escolha do tema “câncer de mama” para a construção do projeto de intervenção foi uma solicitação da Fundação Oswaldo Cruz, para atender necessidades do Ministério da Saúde, que concebe a urgência de ações que reduzam a taxa de mortalidade por esta causa. Para a construção do projeto, foi necessário empreender uma investigação no município, acerca do circuito realizado pela mulher na rede, durante o processo de detecção-diagnóstico-tratamento do câncer de mama e sobre os serviços envolvidos e fluxo da rede de saúde. O método utilizado para coleta de dados foi a análise dos indicadores de mortalidade e morbidade do município, através de dados da Vigilância em Saúde e entrevista com os profissionais de saúde, que incluíram: Atenção Primária, Atenção Especializada e Tratamento Fora de Domicílio (uma vez que a atenção à alta complexidade não é realizada no município). O levantamento de informações sobre a realidade do município indicou a desistência de grande número de mulheres durante processo diagnóstico e de tratamento e falta de informações sobre a paciente, após seu encaminhamento para alta complexidade,

quando o diagnóstico é positivo. Quando solicitados a atribuírem causas para o problema, os trabalhadores elencaram as seguintes: dificuldade de empreender ações intersetoriais, ou seja, os serviços da rede de saúde do município não possuem uma estratégia de trabalho intersetorial consolidado, permanecendo o cuidado compartilhado dependente de iniciativas individuais; dificuldade de estabelecer nas equipes espaços de discussão dos casos e planejamento de ações; falta de estratégias intersetoriais de acompanhamento das mulheres em tratamento do câncer de mama, implicando em desconhecimento pela rede de saúde do prognóstico e mortalidade. Embasado nesses dados, o projeto situou as causas do problema na falta de estratégias intersetoriais de acompanhamento das mulheres em tratamento do câncer de mama, implicando em desconhecimento pela rede de saúde do prognóstico e mortalidade. Interessante notar que os entraves do cuidado estavam situados diretamente em questões inter-relacionais e não em falta de estruturas físicas, ou seja, tecnologias duras (serviços e equipamentos). Tendo como alicerce os conceitos de micropolítica do trabalho (FRANCO e MERHY, 2007) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), regulamentada pela Portaria GM/MS, nº 1996, de 20 de agosto de 2007, o projeto, com previsão de implantação no ano de 2016, propôs uma mudança na dinâmica do trabalho das equipes e na formação dos profissionais e a implantação de grupos operativos para apoiar e orientar as mulheres e seus familiares. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Acredita-se que o projeto intensificará o cuidado, reduzirá o risco de abandono do processo diagnóstico e tratamento, contribuindo para o prognóstico positivo e redução da mortalidade causada pelo câncer de mama. Encontra-se em fase de ajustamento do mesmo e de avaliação

das equipes para início da implantação. Além disso, o município está em fase de estruturação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde, apontando a necessidade de se coadunar as estratégias do projeto com os objetivos e propostas do núcleo. A entrevista para coleta de informações foi fator determinante para a construção do projeto, uma vez que foi desenhado com base no conhecimento e na avaliação dos profissionais. Dessa maneira, o projeto implica os profissionais, que apontam a carência de estratégias para o desenvolvimento do trabalho em equipe e intersetorial. Pôde-se afirmar a própria entrevista como estratégia de Educação Permanente em Saúde, uma vez que foi criado um espaço para escuta dos profissionais. Uma vez que puderam opinar, trazer suas impressões sobre o cotidiano do seu trabalho, os trabalhadores verificaram que são os atores principais de sua prática, ou seja, governavam as atribuições que exerciam. Nesse sentido, a entrevista, ao viabilizar uma ressignificação da postura profissional, ou seja, os trabalhadores que atuavam sob a ótica da defasagem, compreenderam que são os gestores do próprio trabalho. Foi esta mudança que permitiu que a Educação Permanente em Saúde fosse sinalizada como alicerce de uma mudança na lógica do cuidado, uma vez que foram seus pilares que balizaram a construção das propostas de enfrentamento ao problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A investigação sobre a realidade do município realizada através das entrevistas, empoderou os trabalhadores, permitindo que empreendessem uma avaliação das práticas de trabalho e de cuidado. A maior preocupação assinalada pelos profissionais foi o desconhecimento sobre a paciente, que se perde no circuito de detecção-diagnóstico-tratamento, devido à dificuldade do estabelecimento do trabalho em rede. O município não carece de estratégias de

ampliação das tecnologias duras, mas de espaços de construção de cuidado compartilhado e troca de saberes. Acredita-se que o projeto fortalecerá as iniciativas do município na consolidação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde. Através de estratégias de educação permanente, a promoção do exercício da microgestão do trabalho nas equipes que realizam ações de detecção, diagnóstico e regulação do acesso aos serviços de tratamento do câncer de mama, contribuirá para que o planejamento das ações e o cuidado sejam construídos de forma intersetorial. Supõe-se que ao desenvolver ações de acompanhamento intersetorial das mulheres em processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e seus familiares, o abandono do mesmo será reduzido, o que diminuirá as taxas de morbidade e mortalidade do município. A construção do projeto de intervenção ressaltou a importância do estabelecimento de ações de Educação Permanente em Saúde nos municípios como garantia de ampliação e intensificação do cuidado.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE VOLTA REDONDA-RJ

Gilmara da Costa Silva, Flávia Helena M. de A. Freire, Edna Candida Quintino

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Trabalho em Saúde, processo de trabalho em saúde mental

Este trabalho consiste em relatar experiências dentro da perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Volta Redonda-RJ, a partir do estágio de uma acadêmica de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. A

proposta de ações em EPS se deu com o projeto de intervenção de estágio e se constituiu em parceria direta com a coordenação do serviço, na perspectiva da indissociabilidade entre ensino e serviço. O presente trabalho se baseará na apresentação de duas experiências: a Tenda do Conto (dispositivo de compartilhamento e contação de histórias do mundo do trabalho no CAPS) e o seminário interno intitulado “Possibilidades e desafios do trabalho na ótica da Reforma Psiquiátrica”. Ressaltamos que a EPS está calcada na aposta de que o trabalho em saúde promove processos de aprendizagem significativa e consequente produção de conhecimento no cotidiano do trabalho em saúde. De acordo com Ceccim (2005), a EPS é o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise. Ela produz processos de autoanálise e auto-gestão na equipe. Cabe dizer que, a autoanálise corresponde à capacidade que os coletivos podem desenvolver de serem protagonistas dos seus próprios interesses. Este processo lhes permite refletir sobre suas próprias questões produzindo análise de implicação e simultaneamente auto-gestão, Barembliitt (2002). O objetivo deste trabalho está em proporcionar à equipe do CAPS espaços produtores de EPS, disparando reflexões no cotidiano do trabalho com saúde mental e no cuidado desenvolvido no serviço. A análise de implicação e a produção de protagonismo do trabalhador são conceitos-ferramenta chaves na maquinaria por uma aprendizagem significativa que se dá no dia-a-dia do serviço de saúde. Após um período de observação do processo de trabalho, a partir da inserção no estágio acadêmico, foi proposto à equipe que cada profissional compartilhasse uma experiência do serviço no CAPS que considerasse exitosa. O compartilhamento dessas experiências deu-se em formato de tenda do conto, que é um dispositivo utilizado em processos de EPS e consiste na montagem de um cenário

específico com a exposição de objetos trazidos pelos participantes que produza significado no mundo do trabalho. Os objetos disparam contações de histórias, produzindo narrativas do mundo do trabalho pelos profissionais do serviço. A tenda do conto automaticamente mobilizou a equipe na busca pelo objeto que desse sentido aos casos exitosos que seriam narrados. Pode-se dizer que a tenda começou no momento em que a proposta foi apresentada. A vivência da tenda foi realizada em uma manhã de reunião de equipe, composta por assistentes sociais, técnicas de enfermagem, cuidadora em saúde, psiquiatras, psicóloga, copeira, auxiliar de serviços gerais, assistente administrativo, coordenadora técnica (com formação em Psicologia). Várias experiências foram expostas, dentre elas: passeios em praia, evolução enquanto profissional, casos de usuários acumuladores de lixo, casos de usuários altamente delirantes, cartas de usuários, casos de desinstitucionalização com rápido resgate de cidadania, realização profissional, entre outros. Outra atividade potente em EPS foi realizada através do Seminário Interno promovido pelo CAPS. O Seminário Interno é um dispositivo usado pelo CAPS com o objetivo de se discutir questões relevantes para o trabalho. Tem o status de evento no serviço, é geralmente organizado pela equipe e pode contar com falas e conversas de pessoas que não fazem parte da equipe, por exemplo, professores universitários, estagiários, representantes do judiciário, de ONGs, profissionais de outros lugares, outros serviços da rede, etc., podendo também ser realizado fora do serviço, em outro espaço físico. Os seminários internos ocorrem no período de seis meses. O presente trabalho propõe colocar em análise essas atividades que produzem EPS no CAPS. A atividade-seminário foi desenvolvida em um dia inteiro de trabalho e contou com a participação de profissionais de outros serviços e setores para além da saúde. Como integrantes desse

processo destacamos: equipe do CAPS, coordenação municipal de saúde mental, trabalhadores da Atenção Básica, conselho municipal de saúde, juiz da vara de família do município, e estagiários de psicologia da UFF. A montagem do seminário foi realizada pela equipe, com algumas parcerias na rede de saúde mental, e as atividades e apresentações, realizadas da mesma forma - pela equipe. O trabalho resultou em algumas conexões de rede, tais como: (I) integração com o Fórum, que se baseou na apresentação de parcerias que o CAPS pode fazer com o judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica; (II) reflexão pautada pela estagiária sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e algumas experiências internacionais; (III) compartilhamento da experiência local de reforma psiquiátrica apresentada por uma trabalhadora da equipe do CAPS; (IV) Apontamentos acerca dos desafios e possibilidades atuais da Reforma Psiquiátrica; (V) Reavaliação das atuais prioridades do CAPS e da equipe. O seminário foi encerrado com avaliação dos participantes definindo a vivência como: proveitosa, motivadora, satisfatória, de aperfeiçoamento, informativa, de aprendizagem, integradora, produtora de implicação, agregadora, emocionante, diferente e dinâmica. As duas experiências de EPS no serviço apontam para questões necessárias de se colocar em análise o modo de funcionamento do serviço e as apostas na produção do cuidado. Na tenda do conto, ao narrarem os casos a partir dos objetos, grande parte dos profissionais ressaltaram que o “êxito” dos casos era resultado de muito trabalho em equipe e em rede. Na maioria dos relatos também evidenciaram o lugar central que o usuário ocupou nas intervenções realizadas. É possível dizer que, o exercício de pensar casos exitosos, trouxe à memória dos profissionais casos que foram esquecidos diante dos atropelos do dia a dia de trabalho. A posteriori, os trabalhadores perceberam que existiam

mais casos considerados exitosos do que imaginavam. A tenda foi também um momento de interação entre a equipe e ao mesmo tempo de análise do trabalho que realizam. No que se refere ao Seminário Interno, observamos que houve produção de protagonismo dos trabalhadores, compartilhamento dos saberes produzidos e localizados na própria equipe, produção de parcerias (com os representantes da atenção básica e o judiciário), produção de reflexão sobre o papel e o lugar do CAPS no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como reflexões sobre as reformas em outros países. Vale ressaltar que as atividades relatadas contaram com a participação e engajamento direto da equipe. Foram atividades horizontalizadas e voltadas para a produção de conhecimento e experiências que a equipe pode produzir e dar continuidade. Foram ainda atividades de valorização do trabalho e do potencial da equipe na produção do cuidado em saúde mental. A aposta deste trabalho se dá continuamente como espaço fértil da equipe de potencializar reflexões do mundo do trabalho em coerência com a proposta da EPS. Refletir sobre seus agires no mundo do trabalho, e produzir transformação nas práticas em saúde, segue sendo o objetivo a ser alcançado na EPS. Pretende-se possibilitar ao trabalhador uma visão ampliada de sua prática diária, visando provocar uma reflexão crítica do cotidiano, de suas ações e do impacto das mesmas na vida do sujeito e no processo inovador no modo de cuidar e se relacionar socialmente proposto pela Reforma Psiquiátrica. Apostou-se, e ainda se aposta, que esse seja um dos caminhos de produção de militância no campo da saúde mental, militantes por um cuidado de qualidade, gratuito, universal e centrado no usuário do serviço. Militantes também por melhores condições de trabalho.

EDUCAÇÃO POPULAR COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE: UMA VIVÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Gentil Fonseca Gomes da Fonseca Filho, Flavia Andreia Andrei Pereira Soares dos Santos, Maria Luisa de Moura Fonseca, Milena Gabriela dos Santos Silva, Raquel França de Oliveira, Thais da Silva Aguiar, Suzanne Raissa Salvador Fernandes, Silvana Alves Pereira

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Comunicação Interdisciplinar, Internato e Residência

APRESENTAÇÃO: A educação no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura-se, como uma ferramenta importante, capaz de enfrentar a complexidade de situações emergentes no cotidiano do trabalho e gerar uma mudança engajada e política, ponto de partida para que estes profissionais ocupem espaços que os projetem como agentes de transformação social aptos a avaliar, refletir, criar e participar das práticas em saúde, possibilitando o crescimento pessoal e profissional. Com a necessidade de incentivar e divulgar a importância de medidas educativas que norteiem uma atenção integral e qualificada ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como contribuir para a formação de profissionais com um novo olhar para as questões que envolvem o nível primário de atenção à saúde, esse relato de experiência tem como objetivo, descrever as vivências dos residentes em promoção à saúde na atenção básica com os agentes comunitários de saúde (ACS). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo nos moldes de um relato de experiência acerca das vivências e estratégias de promoção à saúde implementada pelos residentes do Programa de Residência

Multiprofissional Materno-Infantil do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), em Santa Cruz-RN, durante o estágio na ESF. O referido estágio ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro com início no dia 02 e término aos 30 de junho de 2014, perfazendo um total de 105 horas/mês. Na oportunidade, buscamos promover saúde por meio de atividades educativas, lúdicas e dinâmicas, com abordagem de temáticas pertinentes ao contexto. Assim, por meio de panfletos educativos, buscamos trabalhar temáticas tais como ergonomia no trabalho e exposição solar. Para isso, foram realizadas sessões de alongamento e dadas orientações a respeito de posturas corretas, peso das bolsas, e uso adequado do protetor solar. Realizamos ainda, discussões para a exposição de estudos de caso referentes às visitas domiciliares e às situações hipotéticas que buscaram resgatar o conhecimento dos profissionais e aprimorá-lo sob o enfoque multiprofissional, o que possibilitou reflexões acerca do cuidado prestado pelos mesmos à comunidade e a construção coletiva de novas formas de atuação. Vale ressaltar que como embasamento científico e metodológico para concretização das atividades educativas, fez-se uso do Método Participativo, este, promove a interação construtiva entre educador e educando, favorecendo a troca de informações, a livre comunicação e a construção de questionamentos que norteiem uma discussão saudável e produtiva. A partir da abordagem metodológica exposta, a equipe multiprofissional almejou de forma articulada, dinamizada e integrativa, interagir com os usuários e profissionais da instituição, gerando reflexões críticas acerca das mais diversas temáticas com o intuito de empoderá-los no que diz respeito ao autocuidado. Proporcionar um olhar de cuidado e atenção a estes agentes, tanto no que se refere aos aspectos físicos quanto psíquicos, foi estratégia importante

à identificação de demandas que atestaram para a necessidade de ações voltadas à saúde do trabalhador. **RESULTADOS:** Considerando o agente de saúde também como um sujeito sob o risco de adoecer, verificou-se, em algumas atividades, o quanto a sobrecarga emocional, associada a sintomas físicos, muitas vezes, comprometia o desempenho dos mesmos no trabalho, tendo sido feita referência a sentimentos como medo, frustração, estresse, sensação de impotência, desvalorização e dificuldades em lidar com a culpabilização geralmente imposta pela população ao agente pela não resolutividade de algumas questões de saúde. Ante a existência de cargas psíquicas e também dificuldades de encontrar formas de proteção e consequente autocuidado, sabe-se que as atividades de promoção de saúde voltadas para este público, devem contemplar ações direcionadas à saúde mental dos mesmos de modo a minimizar as possíveis sintomatologias psíquicas que as afetações emergentes em sua prática de trabalho podem desencadear. Deste modo, contribuir para uma reflexão/ação na promoção da saúde mental dos mesmos configurou parte de nossa intervenção na UBS, visando o compartilhamento de afetações e a construção de estratégias de proteção, bem como o fortalecimento do vínculo entre a equipe. Barros e Barros (2007) destacam que este processo, além de aumentar a autonomia dos profissionais, permite transitar da dor ao prazer no trabalho. Acrescenta-se que a obtenção do equilíbrio necessário entre estas duas instâncias necessita ser constantemente estimulado como mecanismo protetor e promotor da saúde dos trabalhadores prevenindo os agravos físicos e psíquicos associados à atividade laboral. A educação para o trabalho possibilita não apenas solidez do conhecimento a ser aplicado no contexto do trabalho, mas o experimentar de conhecimentos da vivência enquanto

ser humano. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tal experiência se constituiu como importante oportunidade para o aperfeiçoamento de práticas de educação em saúde, ampliando as práticas educativas já desenvolvidas no ambiente hospitalar, possibilitando maior proximidade com os usuários e a visualização dos impactos e benefícios resultantes das ações, haja vista o vínculo existente entre a instituição e seus usuários. A partir desta experiência e, conhecendo a rede de saúde do município, foi possível refletir criticamente acerca do que é assegurado pela PNAB e da prática dos profissionais que atuam na mesma, podendo fazer um elo entre as ações realizadas e as deficiências que ainda existem no sistema. Nessa abordagem, reconhecemos as práticas de educação em saúde executadas durante o estágio, como importantes ações na qualificação da assistência aos usuários, à medida que proporciona o empoderamento dos ACS, possibilitando-os acesso à informação e o desenvolvimento da autonomia no cuidado à saúde. A saúde no Brasil tem sofrido uma remodelação da atenção primária, apresentando uma política de oferta de serviços básicos, acessíveis e de melhor qualidade com o objetivo de promover saúde e não apenas tratar o indivíduo. Dentre as estratégias usadas, a educação em saúde tem sido uma ferramenta bastante discutida e estudada. Outro instrumento utilizado visando o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de sua equipe tem sido a formação de profissionais voltados para a assistência primária em saúde. Desse modo, programas de residência multiprofissional estão sendo ampliados, compreendendo estágios nas unidades básicas de saúde a fim de abranger o conjunto das necessidades da pessoa em saúde por meio do trabalho em equipe, promovendo a humanização e a integralidade na assistência.

EDUCAÇÃO POPULAR: INSPIRAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES COM BASE EM UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA E TRANSFORMADORA JUNTO À IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Elina Alice Alves de Lima Pereira, Íris de Souza Abílio, Gabriella Nayara Siqueira de Lima, Renan Soares de Araújo, Bruno Oliveira de Botelho

Palavras-chave: Promoção da saúde, Relações sociais, Idoso

A Educação Popular é um campo que possibilita a construção de conhecimentos a partir do encontro entre saberes, e é nesta perspectiva que ao longo dos anos vem se desenvolvendo nas universidades públicas brasileiras variadas experiências denominadas de Extensão Popular. Esta se diferencia das demais práticas de Extensão, justamente por seu modo de fazer, sua fluidez em buscar compreender a realidade e atender as necessidades da população, propiciando o despertar de uma consciência crítica a partir do confronto entre o saber popular e o dito saber erudito, e por ser este um processo viável para um retorno à sociedade civil que sustenta a instituição universitária. A Educação Popular, objetiva atender as demandas dos excluídos, buscando estimular o protagonismo das pessoas inseridas em um contexto social, político e econômico vulnerabilizado, indo à contrapartida ao modelo hegemônico. Nessa perspectiva, o Programa de Extensão Universitária “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, o qual é vinculado a Universidade Federal da Paraíba, tem suas ações inspiradas pelos princípios da EP e abrange no escopo de sua atuação comunidades do bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa-PB. O PINAB dispõe de distintas frentes de ação, tais como: Horta Comunitária, Puericultura,

Espaço de Diálogo, HiperDia, Saúde Mental, Escola e Idosos, todas estas construídas compartilhadamente com moradores, estudantes, docentes, profissionais, residentes médicos e multiprofissionais da Unidade de Saúde da Família do território. O presente resumo tem por objetivo socializar a experiência desenvolvida pelo Programa no Grupo de Idosos, o qual atua em uma instituição de longa permanência, através de ações da Educação Popular em Saúde como estratégia de cuidado nesse meio. É ideologicamente impraticável realizar atividades em um local onde se encontram pessoas tão fragilizadas, seja devido ao abandono ou pelas marcas carregadas por histórias difíceis, cansaço físico ou pela própria apatia gerada pela mesmice que circunda a rotina das instituições de longa permanência. Torna-se inviável pensar noutra forma sem que o cuidado seja uma estratégia transversal a todas as atividades propostas. Não obstante, a amorosidade preconizada pela educação popular carrega consigo intencionalidades libertadoras, como também um potencial transformador. Nossa intenção, enquanto extensionistas é fortalecer as relações com os sujeitos em sua integralidade e não na enfermidade que ele possa apresentar, uma vez que o sofrimento interno necessita mais do que a farmacologia tradicional, o que nos cobra a presença humana permeada por uma postura amorosa e aberta ao diálogo. Há diversas formas de discutir Educação em Saúde, a perspectiva que nos propomos a utilizar é uma que permita a partir das intervenções, que não fiquemos num posicionamento engessado de apenas prevenir doenças, mas, com uma visão que busque promover saúde de forma integral, intersetorial e multidisciplinar. A partir de iniciativas tidas como “simples”, como o toque, a escuta, o olhar, o diálogo, o exercício da empatia, entendemos a complexidade desse aspecto, da importância de respeitar

a individualidade e as singularidades de cada um, seja por linguagens verbais ou não verbais. Acreditamos na amorosidade como um posicionamento político no mundo que se materializa através da educação popular no estabelecimento de vínculos, de aprendizagens dialógicas, e no afeto como compromisso com o outro. “Baseado nessa percepção, em nossas atividades, pensando no, com e para o outro”, buscamos sentir quais ocupações proporcionavam prazer, carregavam sentido e resignificavam a rotina, crendo que nosso trabalho contemplaria o cuidado desde nossas atitudes até as escolhas das atividades. Considerando toda reflexão e caminho percorrido, optamos por utilizar o recurso da música, por ser um estímulo no qual os idosos respondiam positivamente, cada qual com sua forma particular. Iniciamos com uma música que diz assim: “Bom dia sol, bom dia terra, bom dia mar, bom dia Dona Maria comece a cantar!”, e assim completávamos essa frase com o nome da pessoa a qual nos referíamos, até que todos fossem contemplados. No desenrolar do momento, nos deparávamos com idosas que se emocionavam bastante ao receber atenção, ao escutar a música direcionada a ela, chamando-a pelo nome, resgatando a identidade esquecida; outras tinham problemas de audição e cantávamos bem próximo ao seu ouvido; algumas com a visão já prejudicada, que não conseguiam ver as danças elaboradas pelo grupo, também participavam, pois a embalávamos na dança, auxiliando-as com um balançar de braços, integrando-as ao momento. Daí em diante, para nós, elas deixavam de ser apenas “as idosas da instituição”, mas sim: Dona Maria, Dona Terezinha, Dona Ivete e etc., valorizando assim, a identidade e todas as características que as diferem, uma vez que a riqueza de se trabalhar com pessoas, com vidas, com histórias, consiste no reconhecimento da grandiosidade da

individualidade de cada ser. No desenrolar da atividade, elas se envolviam trazendo suas experiências, contando histórias, recordando as músicas que marcaram sua vida, os acontecimentos da sua infância, os talentos adormecidos, as expectativas e as emoções despertas. As demonstrações de participação eram bastante subjetivas e valorosas, iam desde recitar uma poesia ou fazer sua própria serenata, até um simples balançar de pé – o que para nós já tinha tamanho significado. Neste momento, a figura do cuidador, através do ato político de amar, é capaz de sutilezas que propiciam o resgate da essência daqueles que se encontram em processo de desumanização. A palavra amor significa afeição viva por alguém ou alguma coisa, sinônimo de zelo e dedicação. Poder ouvir as histórias, as dores, os anseios, os sonhos de cada pessoa é algo enriquecedor para nós estudantes, que ao vivenciar essas situações almejamos nos tornar profissionais diferenciados, preocupando-nos com o outro e considerando-o em toda sua integralidade, não sendo passivos diante de descasos com populações em situações de vulnerabilidade. É preciso destacar que, uma das coisas mais importantes é ter em mente a certeza de que cada indivíduo carrega consigo saberes, e que estes apenas precisam de provocações e ouvidos atentos a valorizar – constituindo conhecimentos a partir do compartilhamento de experiências. Cada pessoa envolvida foi importante para conhecermos suas potencialidades, assim como as fragilidades e possibilidades de problematização e transformação. O trabalho desenvolvido com base no cuidado e na amorosidade volta-se para aprendizagem como humanização, sendo alicerce para as relações interpessoais e criação de vínculos. Nosso trabalho, portanto, vai além de cuidados técnicos, pois este se baseia na busca pela equidade, na melhoria da qualidade de vida, no

compromisso social, no importar-se com o outro, na redução de vulnerabilidades (sejam elas institucionalizadas ou não), no resgate de autoestima, autonomia e empatia – para que alcancemos processos verdadeiramente emancipatórios e transformadores.

EFEITOS DA INTERVENÇÃO CINESIOTERAPÊUTICA E PEDAGÓGICA SOBRE A INTENSIDADE DA DOR E DESCONFORTO CORPORAL EM TRABALHADORES RURAIS NA ATIVIDADE LEITEIRA

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Angélica Facco, Victória Medeiros da Rosa, Priscila Rodrigues da Silva, Daisiane Cazarotto, Susana Cristina Domenech, Lincoln Silva, Noé Gomes Borges Júnior

Palavras-chave: Trabalhador rural, Atividade leiteira, Desconfortos corporais, Educação em saúde

Introdução A atividade leiteira rural está frequentemente associada a queixas relacionadas às dores em segmentos da coluna vertebral e membros, essas queixas impactam na produtividade do sujeito que na maioria diminuem sua produtividade (SEHNEM, 2011). Estudos epidemiológicos têm indicado que o trabalho agrícola (mais especificamente a atividade da ordenha) compreende uma ocupação de alto risco com relação as DORT, pois a maior parte do trabalho está associada com levantamento e transporte de carga pesada, adoção de posturas inadequadas e uma exposição a vibrações de ferramentas. Além disso, o trabalho agrícola possui movimentos repetitivos, particularmente durante a ordenha, e a organização do trabalho e equipamentos são muitas vezes tradicionais em seus projetos (TONIAL, 2004). O estudo tem como objetivo

geral reconhecer as principais lesões e desconfortos osteomioarticulares, nos produtores rurais envolvidos na atividade leiteira, desenvolvendo ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde desses trabalhadores. **Material e Métodos:** A pesquisa é um processo descritivo transversal, no qual o compromisso da EMATER, REDE LEITE, UDESC e UNICRUZ foram o alicerce fundamental de sua trajetória metodológica. Caracteriza-se por ser do tipo descritivo com delineamento transversal (GIL, 2010), sendo desenvolvida em parceria com o Programa em Rede de Pesquisa-Desenvolvimento em Sistemas de Produção com Pecuária de Leite no Noroeste do Rio Grande do Sul. A população contemplada totaliza 23 trabalhadores rurais de pequenas propriedades dos municípios de Boa Vista do Cadeado/RS, Boa Vista do Incra/RS, Catuípe/RS, Cruz Alta/RS, Fortaleza dos Valos/RS, Pejuçara/RS e Santa Barbara do Sul/RS, vinculadas a EMATER, e que realizam atividade de ordenha de leite. As coletas dos dados (antes e após programa de Oficinas Pedagógicas e prática de exercícios físicos diários - Cinesioterapia Laboral) foram na Clínica de Fisioterapia no campus da universidade- UNICRUZ. Para a coleta de dados utilizamos os seguintes procedimentos: 1^o) Aplicação do Questionário do Trabalhador adaptado de Moraes, 2002, constituído de questões fechadas e abertas, que tem como objetivo levantar dados específicos, dados pessoais e as condições de trabalho; 2^o) Aplicação do protocolo de Avaliação de Desconforto nas Partes do Corpo (DPC) de Corlett e Manenica, 1980 – modificado. A escala divide o corpo humano em segmentos e para cada um deles os sujeitos do estudo assinalaram com um “X” a parte do corpo em que sentem um nível de desconforto (dor constante), leve desconforto (dor esporádica) e conforto (sem dor). **Resultados e Discussões** O grupo de mulheres (n=12) tem idade

média de 51,17±4,82 anos, e o de homens (n=11), 51,27±4,54 anos. Foi implantado por 4 meses, com o grupo pesquisado, um Programa de Cinesioterapia Laboral planejado, orientado e supervisionado, visando buscar além dos benefícios físicos em si (respiração, alongamento muscular e melhor oxigenação), momentos de descontração, e um desligamento momentâneo dos problemas e posturas exigidas pelo trabalho. Com referência às dores e desconfortos no pescoço e ombro, constatamos que tanto os homens quanto as mulheres relataram sentir menos dores da primeira para a segunda avaliação. Enfatizando que as mulheres se sobressaíram na involução das dores no pescoço, já nos ombros alguns homens haviam relatado sentir uma dor constante na primeira avaliação, em contrapartida na segunda esta dor passou a não existir mais. Os braços e antebraços, são um dos membros mais afetados também, pelo fato de estarem sempre em movimento em qualquer AVD ou atividade física que for realizada. Como as dores esporádicas e constantes eram elevadas tanto no gênero masculino quanto no feminino na primeira avaliação, e na segunda nenhum homem relatou ter alguma dor constante e as mulheres reduziram expressivamente o índice de dor constante e esporádica. O mesmo ocorreu no antebraço, pois as dores nos homens e nas mulheres eram de esporádicas a constantes, e na segunda avaliação, o gênero masculino relatou não sentir mais dores constantes, passando a estar em sua maioria sem dores, e algumas mulheres ainda relataram ter dores constantes, porém boa parte delas relatou que não sentiam mais dores e desconfortos como antes do programa cinesioterapêutico e das oficinas pedagógicas. Os equipamentos e máquinas agrícolas são muitas vezes projetados para os requisitos físicos e capacidades do homem. Porém,

a pesada carga de trabalho das mulheres empenhadas em certos tipos de trabalho rural é muitas vezes desproporcional a sua capacidade física. Além disso, as mulheres que estão envolvidas em várias tarefas em uma propriedade rural, também realizam os serviços domésticos como, por exemplo, o preparo de refeições ou lavagem de roupas, que poderiam agravar os problemas musculoesqueléticos (ULBRICHT, 2003). Para ambos os sexos, as dores do punho apresentaram melhora, reduzindo significativamente as dores esporádicas e constantes, sendo que grupo do gênero masculino relatou (100%) ausência de dores/desconfortos após a intervenção. As mulheres demonstraram ter mais algias, fato comprovado pela dupla jornada de trabalho que elas exercem (AVD's e a atividade leiteira), aumentando assim os fatores de risco. A região lombar foi a mais comprometida em ambos os gêneros, pelo fato das posturas inadequadas durante as atividades do dia a dia. Tomando como exemplo, quando um produtor usa um banquinho muito baixo para sua estatura, acaba acarretando dores na região lombar e joelhos também. Percebe-se que os produtores obtiveram uma melhora na sintomatologia dolorosa após a participação nas Oficinas Pedagógicas e realização de exercícios laborais durante três meses em ambos os gêneros. A redução das dores esporádicas e constantes foi significativa, aumentou o número de pessoas que não sentem dores. **Conclusão:** Poder criar uma condição mais saudável à saúde da família trabalhadora rural envolvida na ordenha leiteira é uma realidade e necessidade fundamental. Uma vez que, a diminuição de sua produção resulta em um impacto econômico na renda familiar dos mesmos e em todo país, gerando grandes transtornos. Com a prática de cinesioterapia laboral diária e realização de oficinas pedagógicas de educação e saúde, promovemos um

auxílio no alívio da sintomatologia dolorosa dos produtores leiteiros, causadas por desgastes e posturas incorretas adotadas no dia a dia no campo, durante anos exercendo a profissão. Pequenas adequações do ambiente de trabalho e da forma como os trabalhadores desenvolvem as suas atividades motoras e a realização de um programa cinesioterapêutico, podem reduzir significativamente a presença de dores e desconfortos corporais, trazendo assim mais qualidade de vida para os trabalhadores.

EFETIVIDADE DA PAPAÍNA ASSOCIADA AOS ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO E FERIDAS

Maria Cristina Chiapinotto

Palavras-chave: Úlcera por Pressão, Cuidados de Enfermagem, Papaína e Ácidos Graxos Essenciais

Apresentação: As úlceras por pressão são consideradas um problema grave e frequente nos pacientes acamados e portadores de doenças crônico-degenerativas, porém é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para fazer uma correta avaliação da úlcera de forma a estabelecer o acompanhamento e tratamento adequado a cada caso. Alguns estudos têm recomendado o uso de Papaína e Ácidos Graxos Essenciais (AGE) para seu tratamento. A Papaína é uma enzima proteolítica presente no látex do vegetal *Caricacarpaya* (mamão-papaia), que tem ação bactericida, bacteriostática e anti-inflamatória, assim, estimula o crescimento tecidual uniforme, promove o desbridamento enzimático do tecido necrótico e diminui a formação de queloides (RIBEIRÃO PRETO, 2011, p. 47). A mesma tem indicação no tratamento de úlceras abertas, infectadas e no desbridamento de tecidos desvitalizados ou necróticos

em diferentes concentrações conforme o ferimento. Para a úlcera necrótica, deve ser utilizada a papaína a 10%, em casos com exsudato purulento, de 4 a 6%, e nas úlceras com tecido de granulação, a 2% (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Os AGE são necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água, e não podem ser sintetizados pelo organismo, não há contraindicação de uso concomitante com outras coberturas, podendo ser aplicado diretamente no leito da úlcera ou em gaze o suficiente para mantê-la úmida até a próxima troca. Nos últimos anos, a enfermagem vem buscando conhecimentos relativos à prevenção e tratamento com feridas, e estes conhecimentos e experiências acumulados pelos enfermeiros especializados contribuem consideravelmente para o aumento da capacidade de observação, julgamento e escolhas, proporcionando uma prática mais autônoma e não iatrogênica (SILVA et al., 2011). É importante que o profissional de enfermagem tenha conhecimento, não apenas dos produtos disponíveis no mercado para realização do tratamento, mas também da fisiologia da cicatrização, dos fatores de risco e das etapas do processo de reparo tissular, tornando-se fundamental para o correto diagnóstico do tipo de lesão e para a indicação do produto adequado para a prevenção ou tratamento da lesão (SALOMÉ, 2009). Este relato de caso objetiva demonstrar a importância de uma adequada avaliação da ferida para a escolha correta do tratamento, bem como a eficácia do uso da Papaína em diferentes concentrações associado ao AGE no processo de desbridamento, granulação e cicatrização de úlcera por pressão. Desenvolvimento do trabalho: Realizou-se o acompanhamento e tratamento de um paciente acamado, portador de úlcera por pressão na região sacrococcígea, realizado pela enfermeira no período de junho a novembro de 2012, no domicílio do paciente. Os registros ao longo dos cinco meses foram realizados em diário

de campo e fotográfico. A análise dos dados foi realizada por categorização temática (MINAYO, 2010). A eficácia terapêutica foi avaliada a partir das características da úlcera (aparência e tamanho), das características do exsudato, durante os cinco meses de tratamento (BRASIL, 2002). O diagnóstico e tratamento do referido caso foi subsidiado pelo Caso Clínico Interativo sobre Úlceras Venosas e por Pressão, disponibilizado pela Universidade Federal de Pelotas RS, como parte das atividades de prática clínica do Curso de Especialização em Saúde da Família (CEOLIN; CASARIN; MACHADO, 2012). O familiar responsável autorizou e assinou as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente relato apontou a eficácia do uso da papaína associada ao AGE na cicatrização de úlcera por pressão, quando acompanhado de cuidados básicos, como a orientação sobre a forma de realização do curativo e a movimentação no leito, mesmo em um paciente sem acompanhamento nutricional adequado. Resultados: A úlcera média, inicialmente, 20x15cm de diâmetro, apresentava profundidade grau IV, com tecido necrosado e cruento, observava-se cavidade profunda, com exposição do osso na região sacra, drenagem de secreção purulenta em grande quantidade, com odor fétido. Uma análise criteriosa realizada pela enfermeira subsidiou a escolha da cobertura a ser utilizada como terapêutica inicial, de acordo com a gravidade e o tipo da lesão. Iniciado como cobertura primária, a Papaína 6%, em forma de creme no leito da ferida e gaze embebida com AGE para manter o meio úmido e acelerar o processo de granulação tecidual, por último, chumaço de gaze e algodão protegendo a ferida proporcionando segurança e conforto ao paciente favorecendo a cicatrização (BRASIL, 2002). Com a evolução da lesão, quando não havia mais tecido de necrose, somente tecido de granulação, foi utilizada a Papaína 2% e manteve-se a cobertura com gaze embebida

com AGE e chumaço. O resultado obtido com este caso foi extremamente satisfatório com total cicatrização da úlcera por pressão em um total de 160 dias de tratamento. Como consequência desta experiência foi colocada em prática o uso da Papaína associada ao AGE em outros pacientes com diferentes tipos de úlceras causadas por: Tromboangeite Obliterante na região das coxas com total cicatrização em 72 dias de tratamento, úlcera por Abscesso Peritoneal em região abdominal com cicatrização total em 51 dias de tratamento, Infecção de Parede Abdominal em ferida operatória de apendicectomia com cicatrização total em 21 dias de tratamento. Tais resultados possibilitaram a avaliação da evolução de diferentes tipos de úlceras em pacientes com condições delicadas e crônicas, com respostas satisfatórias, além de obter o baixo custo do tratamento com papaína. Considerações Finais: O presente relato de caso demonstrou o sucesso do tratamento de uma extensa úlcera por pressão e outras feridas, realizado a partir de uma avaliação por parte do enfermeiro, onde apontou a eficácia do uso da papaína associada aos AGE na cicatrização das úlceras e lesões. Esta experiência oportunizou-nos tratar vários tipos de feridas com resultados satisfatórios para o paciente onde demonstra que as ações a serem implementadas e os recursos a serem usados é o que vai permitir a tomada de decisão para a escolha do tratamento correto, no entanto, é muito importante que o enfermeiro esteja capacitado para realizar o cuidado de feridas, uma vez que frequentemente este profissional atende pacientes portadores dessas afecções e conduz o tratamento. No entanto, é preciso que as condutas sejam baseadas em evidência científica para garantir a efetividade do tratamento. Esta capacitação deve incluir o cuidado de pacientes acamados através da atenção domiciliar.

ENFERMEIRO-REFERÊNCIA E O APOIO MATRICIAL: CAMINHOS QUE SE CRUZAM

Paula Knoch Mendonça, Margarete Knoch Mendonça, Luciane Aparecida Pereira de Lima

APRESENTAÇÃO: Relato de experiência cujo objetivo é apresentar a vivência como Enfermeiro-Referência em um hospital, durante os anos de 2011 a 2015 e em 2015, a experimentação de apoio matricial ao Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande-MS. São expressões tecnológicas do cuidado, que a partir do cotidiano dessas experiências estão possibilitando o cruzamento de caminhos metodológicos para o desenvolvimento das práticas avançadas de enfermagem e da enfermagem baseada em evidências, estimulando o diálogo aprofundado dessa temática junto aos colegas de enfermeiros em Mato Grosso do Sul. **Desenvolvimento do trabalho:** Durante a experiência profissional, como enfermeira assistencial, em uma instituição de saúde filantrópica, recebeu o convite em participar do projeto Enfermeiro-Referência (ER). Este projeto foi uma iniciativa da própria instituição, em 2010, depois de detectada a necessidade de apoiar os enfermeiros especialistas, que muitas vezes, e não conseguem atender todas as demandas dos pacientes e da instituição. O objetivo é capacitar os enfermeiros especialistas, a fim de se tornarem referência em seu próprio setor e para o hospital, em uma determinada área temática, como por exemplo: terapia nutricional, dor, diabetes e estomaterapia. A indicação e convite para participarem do projeto foram feitos pela coordenação de enfermagem e seguem os critérios de avaliação de desempenho, perfil para o desenvolvimento do trabalho, disponibilidade de horário e interesse do

profissional. Foi realizada uma capacitação com discussões de casos utilizando a metodologia “ProblemBased Learning”, estudos clínicos e visitas com o enfermeiro especialista/referência para conhecer a atividade a ser desempenhada. Além disso, os ER são motivados a participarem na elaboração de um projeto de melhoria institucional, apresentar os resultados para a gerência de enfermagem e em eventos científicos. Após essa etapa de capacitação, o enfermeiro está apto para desempenhar suas atividades e passa a ter as seguintes atribuições: capacitação dos profissionais na área de atuação/referência; orientação aos profissionais de enfermagem na prática diária, atendimento em outros setores por telefone ou in loco e esclarecimento de dúvidas; assistência direta aos pacientes nos momentos intra-hospitalar e de alta. Todas as intervenções realizadas junto aos pacientes e as capacitações de profissionais de enfermagem são feitas no registro eletrônico, e em prontuário, em caso de atendimento aos pacientes. O registro eletrônico possibilita o acesso às informações e a troca de experiências das intervenções realizadas por todos os ER. Como atividades de atualização e manutenção na função de ER, os mesmos participam de reuniões mensais nos temas de sua área, com exigência de frequência mínima de 70%. Os benefícios concedidos ao ER incluem o recebimento de um certificado; a participação em confraternização anual; oportunidades de participação em eventos da área de referência; uma folga anual, se frequência mínima de 70% nas reuniões mensais; e o acúmulo de banco de horas, em casos de atendimento fora do turno de trabalho. Em 2015, apresentamos essa vivência no Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da SESAU em Campo Grande-MS. Nesta oportunidade, fizemos a comparação e o “cruzamento” da tecnologia de ER com Apoio Matricial

(AM). Considerando que o AM em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O Comitê já vinha exercitando o AM ao tentar oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico aos enfermeiros dos serviços, na construção compartilhada de diretrizes tecnológicas de enfermagem, dentro da equipe de saúde. **Resultados e/ou impactos:** A vivência como ER possibilitou desenvolver um olhar diferenciado para a prática clínica diária; perceber as dificuldades da equipe de enfermagem; orientar a equipe multidisciplinar; compartilhar os problemas com a equipe; e propor melhorias. Para o serviço, funciona como apoio aos enfermeiros especialistas; atende as demandas do hospital em todos os horários; ajuda no próprio setor; e otimiza o tempo do especialista e do paciente. Também pode ser considerada como uma corresponsabilização desses profissionais junto aos especialistas inseridos nos serviços de saúde. Entende-se que o ER tem semelhança com a metodologia de Apoio Matricial (AM), sendo esse equipe “e/ou enfermeiro” de referência, pois são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Em uma perspectiva mais ampla, contribui para melhorar a capacidade de resposta assistencial e gerencial dos serviços. Ambas as tecnologias: ER e AM podem ser aperfeiçoadas. O Projeto de ER destacou a capacitação dos profissionais de enfermagem em uma área específica, empoderando-os para uma intervenção consistente baseada em evidências científicas e o desenvolvimento do interesse de aprofundar do debate das práticas avançadas de enfermagem e da enfermagem baseada em evidências. Desta

forma obtém-se qualificação dos mesmos na área de atuação e assim a melhoria da assistência; a distribuição das atividades a fim de zelar pela qualidade do serviço prestado. Além disso, valoriza o trabalhador, proporcionando o seu reconhecimento tanto na área de atuação como na área de referência. Já o AM contribui com a capacidade de análise do processo de trabalho e na ampliação do olhar, para enxergar outros aspectos de sua vida. Isso favorece que o conjunto das intervenções terapêuticas, tragam mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário. O AM é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, e aumenta a resolutividade. Possibilita um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário, pois as equipes conhecem os usuários que estão sob seus cuidados e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização das equipes. Constituem-se, portanto, como ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde. **Considerações finais:** A proposta de ER e AM pode ser vista, nos serviços de saúde, como uma quebra do modelo hegemônico de administração por tarefas e centrado em um único profissional, pois amplia a clínica e se torna uma mudança de paradigma, compreendido como um compartilhamento de saberes e constituição de locais de construção coletiva do cuidado, respeitando os limites profissionais e os princípios éticos. O método do AM depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional, assim o cruzamento do ER e AM no âmbito do Comitê tem possibilitado um modelo de cuidado em saúde mais horizontal, dialógico e interdisciplinar e com mais cogestão.

ESCOVAÇÃO DENTAL DIÁRIA SUPERVISIONADAS NAS ESCOLAS DAS COMUNIDADES RURAIS/FLUVIAIS DE MANAUS

Elves de Sá Guedes

Palavras-chave: perpetuar, mudança de hábito, escovação diária

Objeto da Experiência: Inserir, instituir, fortalecer e perpetuar a Escovação Diária Supervisionada nas Escolas das Comunidades Rurais/Fluviais. Objetivos: Sensibilizar os estudantes, professores, gestores e familiares quanto à importância dos cuidados com os dentes, estimulando a hábitos saudáveis de limpeza com a Escovação Diária Supervisionada nas Escolas das Comunidades Rurais/Fluviais que fazem parte da E.S.F. do PSR Nossa Senhora do Livramento em Manaus. METODOLOGIA: Calibração da equipe envolvida no trabalho (ACS e ACD) e reunião com os pais e mestres pelo CD(a importância da saúde bucal, tec. de escovação, uso correto do fio dental e outras orientações que se fizeram oportunas para formação de multiplicadores). No 1^o mês toda equipe participava da escovação supervisionada diária coletiva sempre após as refeições, depois só os multiplicadores. Uma vez ao mês o Cd faz palestras, aplicação flúor distribui creme e fio dental. Troca de escovas a cada 3 meses. RESULTADOS: Gestores: Os resultados desse excelente trabalho foram muitos satisfatórios, escolares adquiriram o hábito de escovar - a saúde bucal, contribuindo assim para um melhor desempenho escolar; O trabalho vem dando bons frutos, exemplo disto são os rendimentos/assiduidade dos alunos, que muitas vezes faltavam as aulas por problemas dentários; Os alunos e professores passaram a fazer dessa atividade uma rotina diária, contribuindo assim para Promoção da Saúde Bucal dos Estudantes. Análise Crítica: Levando em consideração

que em 2011, cerca de 90% dos escolares da E.M São José I, compartilhavam escovas e quando escovam os dentes era apenas uma vez ao dia, as respostas mencionadas pelos gestores educacionais diz tudo. O que mais me emociona, é quando chego nas escolas e vejo que os alunos verdadeiramente adquiriram o Hábito da Escovação Diária após as refeições e tornaram-se multiplicadores, levando as informações de Saúde Bucal aos seus familiares. Conclusões/ Recomendações: Para a obtenção do controle da infecção intrabucal assim como sensibilizar e estimular um grupo a hábitos saudáveis de limpeza bucal diária, preconiza-se a universalização de procedimentos coletivos e individuais, visando à promoção da saúde e à remoção de focos de infecções. Essa experiência tem que ser levada a outras comunidades, pois contribui para Promoção da Saúde Bucal dos Estudantes, ajuda no rendimento/assiduidade. Relato premiado na IV Amostra Nacional da Atenção Básica e da Família - 2^o lugar.

EXPANSÃO DO PROJETO EMAGRESUS PARA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS NASFS UNIVERSITÁRIO E BATISTÃO A E B NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE - MS

Alana Galeano

Palavras-chave: Obesidade, NASF, EmagreSUS

A Obesidade é uma doença crônica quem vem crescendo de forma vertiginosa nos últimos 30 anos. O tratamento da obesidade é complexo e multifatorial e necessita de uma atenção integral com a incorporação de diversos saberes. O município de Campo Grande – MS vem desenvolvendo diversas ações de prevenção e manejo da obesidade. No ano de 2010, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Seminário

desenvolveu um modelo assistencial para manejo da obesidade no âmbito da Atenção Básica. O modelo assistencial, denominado EmagreSUS, trata-se de um arranjo para manejo da Obesidade e Sobrepeso que tem o intuito de atender o indivíduo na sua totalidade e em seu território. O modelo contempla diretrizes como interdisciplinaridade com ampliação da clínica, educação popular em saúde e participação social. Foi realizada uma ação conjunta entre diversos setores da Secretária Municipal de Saúde (NASF Seminário, CAB, SESFACS, DANT) para expansão do modelo assistencial. A expansão foi dividida em 03 momentos: implantação, monitoramento e avaliação dos impactos obtidos. No primeiro momento foram desenvolvidos instrumentos padronizados de avaliação e protocolos de atendimento, de avaliação antropométrica e de exames laboratoriais. Posteriormente foi realizada uma Oficina com os profissionais que seriam os multiplicadores do modelo, sendo eles os profissionais Nutricionistas e de Educação Física dos NASFs e do programa Viver Legal. Na Oficina foram abordados temas referentes à Obesidade e DCNT, metodologias ativas, oficina de Nutrição, protocolo do modelo assistencial do EmagreSUS e oficina de avaliação antropométrica.. O monitoramento é realizado através do envio mensal da planilha de acompanhamento de medidas antropométricas e relatório de atividades. Resultados: No ano de 2013 foram implantados 17 grupos de EmagreSUS, sendo 313 o número total de participantes. Foi pactuada com as equipes de NASFs a implantação de 01 grupo por Núcleo, sendo no total 05 equipes NASF. Dos 17 grupos implantados, 11 se encontram na área de abrangência dos NASFs, desta forma é possível verificar que em média cada equipe de NASF implantou 2,2 grupos e assim as equipes atenderam a pactuação. Considerando que anteriormente o

EmagreSUS no ano de 2010 a 2012 atendeu 260 pessoas distribuídas em 13 grupos, ocorreu um aumento de 363,95% de atendimentos por ano e aumento de 392,61% de grupos formados por ano. Considerando que a obesidade é um dos grandes desafios da Saúde Pública e de etiologia complexa e multifatorial, para realizar o tratamento é necessária uma atenção de multidisciplinar ao obeso. Os diferentes olhares e abordagens possibilitam uma otimização nos resultados e continuidade no tratamento. O EmagreSUS vem de encontro às necessidades citadas acima e surge como uma ferramenta de trabalho para as equipes NASF que vem trabalhando de forma a melhorar a resolubilidade dentro do âmbito da Atenção Básica.

EXPERIÊNCIA DE MONITORAMENTO DA IMUNIZAÇÃO EM CRIANÇAS EM FORTALEZA-CE

Maria Fabiana de Sena Neri

Palavras-chave: Imunização, Monitoramento, Cobertura Vacinal

A vacinação é prevenção de doenças e está entre as atividades da Estratégia Saúde da Família. No Ceará, notificou-se 4.094 casos suspeitos de sarampo entre 25/12/2013 e 12/09/2015. Desses, 22% (916/4094) confirmados e 78% (3178/4094) descartados (CEARÁ, 2015). Considerando-se o grande número destes no Ceará e a existência de tecnologias para controle e prevenção de doenças. Vê-se relevante analisar as dificuldades e potencialidades de um Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRCV) na prevenção de doenças. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem qualitativa. Utilizou-se da técnica de MRCV cruzado. Ocorreu no território de uma unidade de saúde no mês de março de 2015, com

cinquenta e umas crianças menores que cinco anos. O instrumento foi o “check-list” do MRCV (BRASIL, 2015). A sequência nesta abordagem consistiu em apresentação do objetivo, pedido de permissão para verificar cartão e confirmação da situação vacinal. O acesso foi possibilitado pela presença do ACS; disponibilidade de insumos para vacinação; atores da ação sensibilizados quanto ao monitoramento e suas metas; e aceitabilidade das famílias. Identificaram-se quinze crianças com vacinas atrasadas. Os avanços observados a partir do MRCV foram corresponsabilização pela equipe de saúde e família; e orientação ao processo de trabalho na vacinação, intensificação e prevenção de doenças.

EXPERIÊNCIA DE UNIVERSITÁRIOS EM UM CAPS NO SUDOESTE BAIANO

Tamina de Lima Alves, Polyana Leal da Silva, Jaine Kareny da Silva, Luma Costa Pereira, Alana Libania de Souza Santos

Palavras-chave: CAPS, Saúde Mental, Sofrimento Psíquico

APRESENTAÇÃO: Antes da Reforma Psiquiátrica (RP) o cuidado a pessoa com sofrimento psíquico se restringia ao manicômio e pouco se discutia sobre a reintegração ao contexto social. Contudo, após a RP a sociedade precisou estar preparada para receber e lidar com essa demanda. Portanto, foi criada uma rede de serviços extra-hospitalar para receptionar, tratar e interceder nas fases agudas e crônicas dos transtornos, bem como desenvolver garantias da consolidação da ressocialização (AMARANTE, 2008). Entre os avanços obtidos pelo movimento da RP está o Programa De Volta Para Casa, que visa assegurar aos portadores de transtornos mentais, com longo tempo de internação, assistência e acompanhamento em uma residência, sob a supervisão de um

cuidador (BRASIL, 2002). Outros serviços de acompanhamento contínuo ou periódico como aqueles recebidos pelas Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios, centros de convivência e atendimento de urgência em hospital geral do Estado também são disponibilizados pela rede de assistência (BARROSO et al., 2004). Existem ainda outros serviços alternativos às internações, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), criados em 2002, por meio da portaria nº 336 (BRASIL, 2002). Os CAPSs possuem atendimento psíquico e são divididos nas modalidades: I, II, III, AD (Álcool e outras drogas) e IA (Infância e adolescência). A implantação de cada tipo tem como base os parâmetros populacionais da seguinte forma: municípios entre 20 a 70 mil habitantes possui o CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 70 a 200 mil habitantes possui o CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 200 mil habitantes possui CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS IA, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2002). Esses serviços substitutivos estão divididos por todo o território nacional, contudo é importante identificar as unidades parceiras utilizadas no processo de ressocialização e quais ações são empregadas. Nesse ínterim, surge a proposta da universidade como instituição cooperadora. Assim, os objetivos das acadêmicas foram relatar a atividade educativa desenvolvida para os usuários e entender de que maneira o CAPS II auxilia os cuidadores/familiares na assistência a pessoa com sofrimento psíquico. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência sobre as ações desenvolvidas por acadêmicos de enfermagem, de uma instituição de ensino superior (IES), que realizavam atividades práticas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II) em um município no interior

do sudoeste baiano entre o período de 10 à 20 de agosto de 2015, totalizando 8 encontros. RESULTADOS: O serviço do CAPS II tem por objetivo acolher as pessoas em sofrimento mental, prestando um acolhimento psíquico em uma perspectiva interdisciplinar, a fim de reinseri-los no contexto social, por meio do trabalho, lazer e exercício da cidadania, amparados pelo fortalecimento do núcleo familiar (MATOS, 2013). A reinserção pode ser ainda facilitada quando a sociedade civil fortalece este vínculo de cuidado. Nesse sentido, foi realizada uma parceria de uma IES com o CAPS II, onde os docentes e discentes de um curso do curso de Enfermagem propuseram a realização de ações educativas. Optou-se pelo direcionamento à dois públicos: os usuários do serviço do CAPS II e os seus familiares/cuidadores, que vivenciam todo o processo de adoecimento. Inicialmente foi proposto que os próprios usuários escolhessem um tema, sendo sugeridas as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A execução de uma atividade que resultasse na tentativa de obter a atenção dos usuários provocou receio nas acadêmicas, não pela temática, mas pela dificuldade de adesão desse público nas ações educativas, conforme descrito pelos funcionários da unidade de saúde. Contudo, no decorrer da explanação sobre a temática houve participação significativa por meio de discussão, perguntas e contribuições. A segunda atividade ocorreu no formato de roda de conversa onde os cuidadores/familiares descreveram que o serviço do CAPS II fornece apoio matricial durante o dia, pois os usuários recebem a atenção de todos os profissionais, o que alivia a sobrecarga do cuidado. Além disso, os familiares apontam que a unidade de saúde os acolhe como amigos, ajudando-os a minimizar o sofrimento. Os cuidadores apontam ainda que por meio do CAPS II, a qualidade de vida dos usuários, tem melhorado consideravelmente, pois a

unidade de saúde mental facilita o acesso aos outros serviços vinculados, mantendo assim a integralidade do cuidado. Observamos a satisfação e prazer do núcleo familiar em estarem inseridos no serviço, quando em comparação com os hospitais psiquiátricos, bem como a sua importância no cuidado contínuo dos usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através das visitas ao serviço, pôde-se desmistificar o pensamento que seria “difícil” lidar com os mesmos, por conta do medo, incerteza e por a pouca habilidade em lidar com usuários com transtorno mental. Apesar dos usuários terem déficit de atenção para realizar algumas atividades durante as oficinas, conforme exposto pelos funcionários, é notório que existe uma tendência para maior participação quanto às atividades envolvem assuntos de interesse. Portanto, recomenda-se que seja realizado periodicamente um levantamento de sugestões para melhor andamento das atividades propostas. Embora os familiares descrevessem as ações positivas recebidas pelo CAPS II, observamos que existem algumas limitações que carecem de atenção e brevidade de resolução, como número de profissionais insuficientes para atender a demanda no que concerne às visitas domiciliares, articular melhor os atendimentos de urgência e emergência, a fim de proporcionar um acolhimento adequado a esse usuário.

EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NA TRANSIÇÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Carine Muniz, Juliano Rodrigues Adolfo, Margret Magdalena Ripplinger, Gislene de Oliveira, Barbara Kreibich Muller Haas

Palavras-chave: Saúde pública, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

Caracterização do Problema: A Atenção Básica ou Primária à saúde é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) disponibilizam assistência junto a comunidade e possibilitam resolver grande parte dos problemas de saúde, ajudando a diminuir o número de pessoas que procuram as emergências dos hospitais. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer a reorganização do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e também propiciando uma importante relação custo-afetividade, por meio de ações multidisciplinares. O bairro de Linha Santa Cruz, situado em um município do interior do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 5.000 habitantes, é assistido por uma ESF. Sendo que, também são realizados atendimentos para usuários de outros bairros, por diversos motivos, entre eles o fato da unidade ser mais perto da residência, porque gostam ou tem mais afinidade com algum dos médicos ou ainda porque estavam passando pela unidade. A atual Estratégia de Saúde da Família possui uma equipe multiprofissional, no qual trabalham 1 médica de saúde da família, 1 enfermeira especialista em saúde da família, 2 técnicas de enfermagem (auxiliar de enfermagem), 1 médica clínica geral (trabalha no modelo tradicional), 2 pediatras (modelo tradicional), 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal, 6 agentes comunitários de saúde, 1 residente em Educação Física (inserido através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HSC), 1 higienizadora. Ainda faltam 3 agentes comunitários de saúde para completar a equipe. Objetivo do trabalho é relatar a experiência da equipe da unidade de saúde de Linha Santa Cruz no processo de transição no qual passou no

ano de 2015. Descrição da experiência: Para este relato destacou-se os depoimentos de parte da equipe da unidade que vivenciou a transição do modelo tradicional de saúde para a Estratégia de Saúde da Família. Relato da enfermeira: Quando iniciei meu trabalho nesta unidade, o agendamento se dava com a distribuição de fichas no turno da manhã, a médica atendia 19 pacientes e se retirava da unidade. Portanto, a unidade não tinha muito movimento, além da médica clínica geral havia dois pediatras e uma ginecologista, no qual eram realizados agendamentos e tudo isso de forma manual. Enquanto modelo tradicional, tínhamos apenas uma agente comunitária de saúde, a qual não conseguia atender toda sua área. Também não havia grupos e visitas domiciliares. Enquanto estava acontecendo a transição de modelo tradicional para Estratégia de Saúde da Família, passamos por dificuldades, pois com o passar dos dias, precisávamos expor para a comunidade e usuários o que estava acontecendo. Alguns não entendiam e relatavam que não deixariam de realizar suas consultas na nossa Unidade. Então no mês de março foi realizada nossa primeira reunião junto à comunidade, onde tivemos a oportunidade de explicar para todos do bairro o nosso trabalho, bem como a diferença de uma unidade tradicional para uma unidade ESF, também definimos a nossa agenda programática, onde iniciamos o atendimento das visitas domiciliares, consequentemente aumentou nossa produção e demanda, pois foi possível apresentar o trabalho e definir ações em conjunto. Foi proposto na reunião encontros de grupos que seriam iniciados a partir do novo modelo de atendimento com atividades coletivas e grupos de saúde preventiva e gestantes. Na verdade não conhecíamos nossa população, nossos usuários. Não sabíamos o que trabalhar, pois não tínhamos nosso planejamento, afinal de contas, tínhamos apenas uma agente comunitária de saúde. Com a implantação

do novo modelo, foram incluídos na equipe novos agentes comunitários de saúde, e assim estamos conhecendo nossa população. O primeiro passo foi realizar o mapeamento de cada área, contabilizar o número de pessoas em cada micro área para então iniciar os cadastros domiciliares. Estamos realizando o cadastramento das famílias, até o presente momento, temos um levantamento de aproximadamente 2.727 pessoas, sendo que, algumas micro áreas estão “descobertas”, sem agente comunitário, e não incluídas nesse número. Relato da auxiliar de enfermagem: Iniciei meu trabalho na antiga unidade, a qual disponibilizava à população atendimentos médico clínico geral todos os dias e pediatra uma vez na semana, suprimindo a demanda visto que o número de atendimentos era menor, talvez pelo fato de não haver algumas especialidades médicas. A unidade tinha uma estrutura bastante precária, e a equipe era composta por 1 médico clínico, 1 pediatra, 1 auxiliar de enfermagem, 1 agente comunitário de saúde e 1 higienizadora. Nesta eram feitos os encaminhamentos para especialidades, cotas mensais e um dia definido para agendamentos, os demais ficavam na lista de espera para o próximo mês. O médico atendia as fichas do dia e ausentava-se da unidade, não existia tanta burocracia, tudo era realizado à mão, nada via sistema. Não existia encontro de grupos e nem visitas domiciliares, eventualmente fazia-se visita para alguma vacinação em pacientes impossibilitados de se dirigirem à unidade. Agora temos uma unidade nova, ampla e uma equipe maior, temos muito mais a fazer pelo paciente, se tem uma preocupação com o todo, antes se atendia somente a necessidade presente naquele momento. Faz-se um acompanhamento dos pacientes (individual ou coletivo), isso permite que se conheça ainda mais as necessidades dos mesmos e tome as devidas condutas. Com a equipe completa, o atendimento melhorou muito, tanto na

unidade quanto em visitas domiciliares, o bairro ganhou muito com esse novo modelo de atendimento. Relato da técnica em enfermagem: Iniciei meu trabalho já na unidade nova, mas ainda como UBS, atendíamos um número elevado de pacientes, um médico clínico geral atendia as demandas vindas de diversas regiões, o atendimento ainda se dava pelo sistema de fichas no dia. Os pacientes madrugavam para conseguir uma ficha, ou passavam a noite na frente da unidade para conseguir atendimento na manhã seguinte, e quando não conseguiam gerava uma situação de conflito. As consultas com pediatra eram agendadas e as urgências eram atendidas sem agendamento. Especialistas eram marcados na unidade e não na Central de Marcações como acontece hoje. Observo que melhorou a organização, atendemos pacientes do bairro e assim conhecemos as necessidades de cada paciente. Percebo que melhorou a disponibilidade de recursos para desenvolver o trabalho, a equipe mais completa ajuda a manter o atendimento do paciente como um todo. A partir deste novo modelo tivemos também a implantação de encontros e atividades de grupos, visitas domiciliares e agendamentos de consultas. No início os pacientes reclamavam dessa mudança, mas aos poucos foram se adaptando ao novo modelo e aderindo às atividades propostas. Efeitos Alcançados: Com a mudança do modelo tradicional para Estratégia de Saúde da Família, tivemos um aumento do número de atendimentos, entre consultas, procedimentos, visitas domiciliares e atividades em grupo. Ainda se faz um trabalho de conscientização e orientação quanto ao novo modelo e a qual unidade deve se reportar para algum atendimento. Com a nova organização e profissionais, a equipe está conseguindo realizar os atendimentos de forma integral, por meio de um trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente. Desta forma o trabalho em equipe tem maior capacidade

de análise e de intervenções sobre demandas e necessidades de saúde, no âmbito individual e coletivo, que requer um olhar multiprofissional no sistema de saúde primário.

FISIOTERAPIA OBSTETRICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EBSERH DOURADOS – MS

Angela A N Rios, Amanda Jorge Stefanello, Renata Vidigal Guimarães, Adriana Tresso, Sandra Juliana Soares Santos, Maria de Fátima Brito, Aline Decari Marchi

Palavras-chave: obstetrícia, parto humanizado, fisioterapia

APRESENTAÇÃO: No ciclo gravídico- puerperal, a percepção do corpo se altera em períodos delimitados pelas diferentes funções exigidas no processo. A assistência da gestante no parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista deste processo. O corpo no trabalho de parto precisa ser passivo, receptivo e ativo. Passivo para aceitar a manifestação fisiológica das contrações e da dilatação e não lutar contra ela; receptivo para vivenciar as sensações novas que emergem do processo de trazer um bebê ao mundo sem fugir delas; ativo para usar habilidades motoras e posturais que facilitam a flexibilidade e a adaptação do corpo, a elasticidade do períneo, o parto normal e a ampliação da consciência. A inserção do profissional fisioterapeuta na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério constitui-se como um avanço na qualidade do atendimento multiprofissional e atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde

de que sejam disponibilizados métodos não-farmacológicos de alívio da dor para gestantes em trabalho de parto. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Desde a inauguração, a maternidade do HU-UFGD tem a inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional. O trabalho do fisioterapeuta neste cenário é o de promoção da saúde, no sentido de aliviar as dores do trabalho de parto favorecer o aleitamento materno e apoiar a família. Fisioterapia no acompanhamento ao parto vaginal: Na admissão da parturiente, após a avaliação médica e internação no pré-parto, inicia-se o acompanhamento com a fisioterapeuta como rotina de atendimento padrão. A função do fisioterapeuta é dar assistência ao período funcional do trabalho de parto: dilatação cervical e descida fetal no canal de parto. As condutas prescritas objetivam otimizar a dinâmica da atividade uterina; ampliar os diâmetros do estreito superior, médio e inferior da pelve na descida fetal; reduzir a duração da fase ativa do trabalho de parto e aliviar a dor das contrações uterinas. Os recursos terapêuticos utilizados são: orientação e apoio na deambulação; orientação na realização dos movimentos pélvicos; orientação da postura materna durante a contração uterina e no período expulsivo; exercício respiratório; aplicação de recursos não-farmacológicos de alívio da dor como termoterapia, massoterapia e terapia manual; orientação do acompanhante quanto à massagem de alívio e apoio à parturiente. Fisioterapia no acompanhamento à cesariana: Após a cesariana, a paciente pode ser atendida pela fisioterapia. São condutas do fisioterapeuta no pós-operatório imediato de cesárea: posicionamento de membros inferiores com uso de coxins, exercícios passivos de membros inferiores e posicionamento e auxílio ao aleitamento materno. Fisioterapia na internação prolongada de gestantes de alto risco: Em caso de internação prolongada por gestação de risco, a paciente pode

ser atendida pela fisioterapia mediante solicitação da equipe médica. São condutas da fisioterapia na internação de gestantes de alto-risco: orientação de deambulação e exercícios específicos; exercícios no leito para pacientes com restrição de movimento; drenagem linfática manual em caso de edema; massagem de alívio em caso de dores musculoesqueléticas; Fisioterapia no alojamento conjunto: O suporte clínico ao aleitamento materno no puerpério imediato é uma das condutas de maior relevância para o sucesso na amamentação. A fisioterapeuta no alojamento conjunto trabalha com orientações de posicionamento e pega adequados a fim de se evitar complicações mamárias e algias em região cervical e membros superiores devido ao posicionamento inadequado, técnicas de massagem e ordenha do leite materno se necessários para alívio de complicações mamárias, além do aconselhamento sobre os benefícios da amamentação e como superar as possíveis dificuldades. **EFEITOS DECORRENTES DA EXPERIÊNCIA:** Orientações de visualização e relaxamento promovem a diminuição do tônus dos músculos esqueléticos, evitando que a tensão interfira no aumento da dor durante as contrações uterinas no trabalho de parto. Quando associados à terapia manual permite que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto. A liberdade de posicionamento e movimento é de grande relevância durante o trabalho de parto. No momento da contração, a fisioterapeuta orienta adotar posturas específicas para aumentar os diâmetros pélvicos, considerando a evolução da descida do bebê, respeitando a posição que lhe seja mais confortável permitindo um relaxamento maior para os músculos dorsais

e assoalho pélvico. A bola suíça estimula movimentos espontâneos e não habituais, permite que a mulher movimente a pelve em toda a sua amplitude, o que ajuda na rotação e na descida fetal podendo ser adotada em qualquer estágio do trabalho de parto. A cadeira de balanço (cavalinho) permite uma posição de descanso para o tronco, com o sacro em posição de natação favorecendo assim a descida do bebê a partir do estreito pélvico médio. A postura de cócoras posiciona o sacro em contra-natação, aumentando o diâmetro pélvico inferior, sendo indicada no período expulsivo. Os exercícios respiratórios têm por objetivo auxiliar as mulheres no controle das sensações das contrações durante o trabalho de parto. O foco na respiração promove o relaxamento, a concentração, diminui os riscos de trauma perineal no momento expulsivo e melhora a oxigenação sanguínea da mãe e do feto. A massagem, a hidroterapia pode ser utilizada através de banhos terapêuticos com água em temperatura de morna a quente. Com o relaxamento induzido pela água, a parturiente experimenta menores níveis de dor, o que resulta em redução da ansiedade e maior liberação de ocitocina e endorfina, sendo este um dos recursos preferidos pelas parturientes, especialmente em estágios mais avançados do trabalho de parto. A avaliação pós-natal é realizada dentro das primeiras 24 horas, o fisioterapeuta avalia a mãe para determinar as suas necessidades prioritárias no manejo do aleitamento materno. Com as ações desenvolvidas no alojamento conjunto, observou-se menor índice de uso de leite artificial no período de internação, maior aceitação da mulher para manter a lactação, participação ativa do acompanhante no apoio à puérpera e menores índices de complicações e traumas na mama puerperal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As relações interpessoais positivas aliadas aos conhecimentos específicos do

fisioterapeuta como da anatomia, fisiologia, cinesiologia, bem como da constituição familiar qualifica este profissional para a atenção às gestantes e nutrízes. Todos os procedimentos utilizados mostram-se na prática clínica que contribuem para a evolução do trabalho de parto e estímulo ao aleitamento materno, porém não foram avaliadas cientificamente as interferências nos desfechos perinatais para esta população. São necessários estudos randomizados para esclarecer e fortalecer o papel do fisioterapeuta na obstetria. A satisfação com a experiência do parto é um construto complexo e multidimensional, que pode variar de acordo com a população atendida, suas expectativas e orientações recebidas ao longo do pré-natal. Porém, a qualidade da relação cuidador-paciente e o suporte oferecido para a mulher e seu acompanhante, respeitando sua individualidade e envolvendo-a na tomada de decisões tem se mostrado como fatores preponderantes na satisfação da mulher com seu parto.

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA O SUS: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

Michael da Costa Lampert

Palavras-chave: Formação para o SUS, Interdisciplinariedade,

APRESENTAÇÃO: Este texto tem como escopo a análise de experiência vivenciada em prática inovadora de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Será discutido sobre o processo de educação em saúde no contexto de formação interdisciplinar, seus potenciais e impactos ao dar novas ressignificações para o modelo de formação em saúde para o SUS com base em uma Disciplina Complementar de Graduação (DCG)

elaborada pelo Departamento de Saúde da Comunidade do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. **DESENVOLVIMENTO:** Durante o primeiro semestre de 2015, o CCS deu origem à disciplina de “Formação Profissional Interdisciplinar para o SUS”, criada em decorrência dos resultados obtidos nos Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) que apontavam a necessidade de uma integração interdisciplinar no processo de graduação dos cursos da área da Saúde. Inovando na metodologia de ensino ao integrar 5 docentes (2 da Farmácia e, Medicina, Medicina Veterinária e Serviço Social com 1 cada, respectivamente) para ministrar as aulas, ampliando os horizontes dos debates acerca da formação profissional em saúde, a disciplina abrange o total de 11 cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Medicina Veterinária, Educação Física, Psicologia e Serviço Social). O objetivo da disciplina é proporcionar ao estudante o contato com a realidade do SUS, dividindo este processo de educação na saúde em 30 horas de aulas teóricas e 30 horas de aulas práticas. Aonde a prática se efetiva por meio de convênio da universidade com a Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria/RS, de acordo com as políticas setoriais que dispõe de preceptores aptos à supervisão dos estudantes. Na divisão entre teoria e prática, a primeira conta com arcabouço teórico sobre Histórico de saúde no Brasil, Reforma Sanitária, processo de construção do SUS, Introdução às Políticas Públicas em vigência desde a Constituição Federal de 1988, Concepções de Saúde Coletiva, Formação política para o SUS, conceitos de multi, inter e transdisciplinariedade. A segunda, dividiu os estudantes em 5 grupos interdisciplinares para atuação em campo com preceptoria supervisionada pelos gestores em saúde das seguintes políticas

setoriais do município: Política de Saúde para a Mulher, Idoso, Criança e adolescente, Saúde Mental e HIV/AIDS. Neste sentido, a potencialização da formação interdisciplinar está na amalgamação das singularidades de cada área que a DCG abrange, pois ao pôr docentes e discentes para debater formação profissional estendendo as perspectivas de cada área de concentração, se constrói conjuntamente novos alicerces de conhecimentos, tendo a práxis como substância de erudição teórica e metodológica. Destaca-se que os interagentes deste processo de formação passam a sustentar uma tríade composta por profissionais, discentes e discentes, imprimindo novas percepções na formação, por meio da experimentação da realidade profissional em interlocução com a teoria acadêmica. **RESULTADOS:** A proposta de integração interdisciplinar coopera para que o conhecimento em saúde na área do SUS seja construído de maneira horizontal, aonde todos os envolvidos são parte do processo de formação profissional e educação continuada. Considerando que em campo os estudantes recebem a supervisão para formação, em contrapartida, levam aos profissionais novos referenciais teóricos além de oxigenação para o campo de trabalho, constituindo uma reciprocidade no processo de educação para saúde. O impacto com a realidade do SUS proporciona ressignificações para a formação profissional, tendo em vista que tais experimentações dentro dos diversos campos de atuação profissional tratam de atender demandas multifatoriais, o processo educação-trabalho melhora à medida que o estudante observa na vivência, o funcionamento dos dispositivos do SUS. A observação torna-se fundamental para compreender como e por quais meios os serviços de saúde articulam-se para dar resolutividade às demandas do cotidiano. A relação entre serviço público e privado do modelo de assistência médica

é um elemento que rebate diretamente na formação profissional dentro das universidades públicas. Ao compreender que muitos serviços de caráter privado são prestados para assistência da saúde como complementares, conforme o art.199 da Constituição Federal, algumas Unidades de Formação Acadêmica (UFAs) têm em seus cursos da área da saúde uma carência significativa no que diz respeito à formação para o SUS em seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC). Tal assertiva se converte em evidência nos trabalhos elaborados e apresentados pelos 5 grupos que atuaram diretamente nos serviços que firmaram convênio com a UFSM. Os trabalhos de avaliação final da disciplina, produzidos sobre cinco temas (política de saúde para idoso, saúde da criança e adolescente, saúde mulher, saúde mental e HIV/AIDS) por grupos interdisciplinares e apresentados como seminários, mostraram o indicativo de que boa parte dos cursos da área da saúde ofertados na UFSM demonstra em seus PPCs que a formação profissional para o SUS tem diversas limitações. Portanto, a DCG para o SUS supriu algumas lacunas do processo de graduação de 11 cursos. Muitas dessas lacunas servirão como alguns dos pilares de formação profissional, sendo pilares que enaltecem dimensões teóricas – metodológicas - técnicas - operativa e ética - política, aonde estas dimensões do fazer profissional são indissociáveis umas das outras, dando condições para o profissional melhor posicionar-se, expressar-se e operacionalizar sua intervenção na realidade frente às demandas que se materializam no cotidiano profissional nos serviços de saúde. A compreensão sobre o papel profissional de cada profissão que atua no SUS em suas singularidades e, como cada peça dessas faz parte da totalidade de um processo que envolve profissionais, usuários e dispositivos que dão o suporte para prevenção de doenças e promoção de

saúde, torna-se elemento essencial para a formação de qualquer profissional. Além de compreender, a DCG fomenta a apreensão da realidade, fazendo o estudante e futuro profissional, refletir sobre os serviços disponíveis, o processo de trabalho dentro do SUS e, se o usuário realmente tem sua demanda atendida dentro dos serviços disponíveis na rede. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A DCG Formação Profissional Interdisciplinar para o SUS consegue abraçar e sustentar a proposta de produzir conhecimento coletivamente. O debate sobre o SUS sob a lente de múltiplos cursos de graduação amplia muito as perspectivas sobre o trabalho no SUS, seus objetivos, fragilidades e desafios. Os efeitos causados em boa parte da turma que concluiu a disciplina no primeiro semestre foram positivos, o fato de uma única DCG repercutir em 11 cursos que formam profissionais para saúde e fomentar a formação de profissionais que defendem o SUS é uma experiência única. Além de proporcionar ao estudante meios de repensar como intervir em suas ações profissionais (na perspectiva teórica-metodológica, técnica-operativa e ética-profissional), é possível elencar esse conjunto de ações dentro do movimento que a própria sociedade impõe no cotidiano profissional, como sabemos, os níveis de saúde se dão dentro da organização social e econômica, criando determinantes e condicionantes para a saúde, o que faz o futuro profissional pensar para além do “pragmático”, enxergando a totalidade dos processos que desencadeiam os níveis de saúde e doença no cotidiano da sociedade.

GERANDO ARTE: A INSERÇÃO DA PINTURA CORPORAL COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO E VÍNCULO EM UM GRUPO DE GESTANTES

Renata Marques da Silva, Laura Denise Reboa Castillo Lacerda, Laura Santos

Neitsch, Leo Fernandes Pereira, Leticia Martins, Vanessa Baldez do Canto

Palavras-chave: Grupo de gestantes, Promoção da saúde, Terapia alternativa

APRESENTAÇÃO: A gestação é uma das experiências humanas mais complexas, abarcando múltiplas dimensões da vida da mulher e de seu desenvolvimento humano. É uma vivência individual, única e cada gestação possui características diferentes. Muito embora presente este caráter singular e subjetivo, a gravidez também se caracteriza como um evento social, que envolve e mobiliza, direta e indiretamente, as pessoas que convivem com esta mulher, estendendo-se assim, a toda a sociedade. Novas tendências que apontam para as discussões em torno do Parto Humanizado e seguem práticas atípicas não observadas anteriormente no cuidado profissional com a mulher; ou ainda a valorização de algumas atividades e cuidados antigos, que são reconsiderados quando levados a estudos baseados em evidências clínicas. Estas práticas são utilizadas para promover a humanização, o acolhimento, o reconhecimento, aumento da auto-estima e vínculo da gestante com o processo de gestar. Observamos que ao longo das consultas pré natal e dos grupos de gestantes de um Centro de Saúde (CS) do município de Florianópolis-SC, sempre existiu a busca e a necessidade, muitas das vezes não identificadas, por algo que fosse modificador e impressionante no processo de identificação com a nova condição feminina de ser mãe. A auto-afirmação e a necessidade de estabelecer vínculo com o bebê se estenderia também ao pai, e a todos que compõem a rede de apoio da gestante. Desta forma, a experiência gestacional, marcada pela insegurança, incerteza e dúvidas, faz com que a gestante necessite tecer uma teia de relações, visando o apoio afetivo e o

suporte social, tão caros neste momento da vida da mulher. Assim, o estreitamento dos laços com as pessoas próximas, tais como o marido, o companheiro, o namorado, a família, profissionais de saúde e, até mesmo com outras gestantes, auxiliam sobremaneira na necessária adaptação que a gestação impõe. O acompanhamento pré-natal é uma importante ferramenta para o enfrentamento das dificuldades que marcam o processo de gestar, sendo fundamental para promover a troca de experiências, a compreensão das vivências, abrindo espaço para que a mulher expresse suas angústias e seus receios. Existe uma história mundial de uso da pintura em barrigas, a origem dessa prática ainda é desconhecida. Várias equipes e profissionais, voltados para o parto Humanizado no Brasil, têm oferecido em seus grupos ou em atendimento individual a opção das gestantes visualizarem seu bebê de um modo artístico através da Ultrassom (USG) Natural ou outro tipo de desenho ou pintura na barriga, com temas geralmente relacionados à gravidez. Na cidade de Florianópolis identificamos grupos que realizam a USG Natural em suas parturientes, sendo esta prática possível no sistema privado. A Pintura Corporal tem uma variedade de linguagens artísticas para registrar um dos períodos de maior singularidade e sensibilidade, que é a gestação. Fotografias, músicas, mandalas e diversas delas conversam entre si para tentar traduzir o momento inicial da maternidade. E, no que diz respeito à arte, a criatividade e o novo não podem ficar de fora. Nosso trabalho circunda o universo de mulheres que são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de um CS do município de Florianópolis. O objetivo do trabalho foi proporcionar uma vivência de empoderamento sobre o corpo e estreitamento de vínculo mãe/bebê por meio da expressão artística de pintura na barriga, conhecida como USG Natural, e pela fotografia em mulheres

que participam de um grupo de gestantes de um CS do município de Florianópolis. **DESENVOLVIMENTO:**No ano de 2014 criou-se o grupo de gestantes Beija Flor com o intuito de oferecer um espaço de discussão, acolhimento, arte, movimento e corporalidade, onde a gestante e toda sua rede de apoio tem a opção de práticas ainda não convencionais ao pré-natal, mas efetivas no processo de humanização, identidade e vínculo mãe/bebê. Um das propostas que surgiram no grupo foi a realização de pintura corporal, USG Natural, que foi realizada durante uma reunião do grupo de gestantes em um parque municipal na área de abrangência do CS, registrando isso com fotos que foram entregues aos participantes. A pintura corporal é oferecida geralmente no último trimestre, onde através da palpação obstétrica identificamos a posição e altitude do bebê, seguindo então para o desenho e pintura da barriga e mandalas, com demais símbolos, formas e cores que se identificam com a mesma, povoando de imaginação e alegria o universo da gestante. **IMPACTOS:**Observa-se maior autoconfiança e diminuição da ansiedade no período que se acerca do parto. Seguindo os preceitos do SUS que segue equidade, universalidade e gratuidade. Original dos campos da sociologia e antropologia, a coleta de narrativas sobre o processo saúde-doença tem sido objeto de muitos estudos contemporâneos do campo da saúde e mostram que as relações sociais ou mais precisamente, as redes sociais definem a forma como a doença é compreendida, expressada e vivida pelos sujeitos. Informa também sobre como os tratamentos propostos são avaliados, experimentados, modificados, aceitos ou abandonados, revelando a importância da mudança do olhar dos profissionais sobre a participação dos usuários no processo de produção do cuidado. A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas

deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Um dos maiores desafios neste tipo de atividade é conseguir sair da verticalidade das relações para a horizontalidade, essa circularidade deve permitir acolher, reconhecer e dar suporte necessário a quem vive determinado tipo de situação. Isso proporciona maior humanização nas relações. Todas as pessoas carregam uma bagagem de vida, onde existem conhecimentos, crenças, religiões, sentimentos, valores, emoções, etc. De nenhuma forma nosso conhecimento tem valor maior que o que elas têm, colocando em uma escala hierárquica. Todos estão no mesmo ponto de partida, depende da forma como vivemos, padrões sociais e culturais, a estrutura em volta para que desenvolvamos conhecimentos específicos semelhantes ou talvez diferentes, mas não menores em valor. Por isso, consideramos o processo de aprendizado dessa experiência fecundo, emanando histórias de vida, experiências, crises, vínculos, carinho, ou seja, um processo de cuidado em saúde diferenciado e replicável em outros contextos. **CONCLUSÃO:** O desenho de linhas de cuidado pode ser entendido como um fio condutor que dá continuidade ao cuidado, de modo a permitir a articulação entre as ações de saúde. A organização da assistência à saúde, pautada pela lógica das linhas de cuidado pode ser um passo importante na direção da integralidade, da humanização e da interdisciplinaridade, superando a tão conhecida fragmentação do cuidado e a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde. A arte entra dentro desse contexto como uma ferramenta fundamental para aproximação e vínculo das gestantes no objetivo de empoderamento da mesma no processo de maternagem. A expressão artística de desenho e pintura em gestantes reflete a

potencialidade do plano relacional paciente/profissional, onde as reflexões devem ser conduzidas diariamente na condição de cada profissional de saúde. Somente a participação efetiva pode garantir o sucesso de um trabalho e o assumir das conquistas. Dito isto, é imperativa a busca de ações e estratégias para reduzir a distância entre o conhecimento científico e tecnológico que de forma geral se sobrepõe ao profissional de saúde com suas intervenções à aplicação humanizada da Assistência na promoção do auto cuidado e a saúde das pessoas.

GRUPO DE CUIDADOS A SAÚDE DOS BRINCANTES DO FESTIVAL FOLCLÓRICO DE NOVA OLINDA DO NORTE

Fabiano dos Santos, Liliam Silva, Airiane Monteiro

Palavras-chave: Brincantes das Danças dos Grupos de Cirandas que Participarão do Festival Folclórico

Justificativa: Os benefícios da dança para a saúde refletem-se em todas as partes do corpo, incluindo a mente, mas exercitar-se demais num esforço para melhorar aptidão física, queimar calorias e perder peso pode ocasionar lesões ao corpo e ao organismo sabendo-se que nossos brincantes são pessoas de várias idades e sedentárias, que se reúnem apenas nos dias de folclore e que a falta de orientação específica sobre a preparação física e alimentação saudável podem ocasionar alguns problemas à saúde deste brincante durante este período Sendo importante o alongamento antes e após os ensaios e alimentação saudável. Objetivo Geral: Reduzir o número de agravos à saúde dos brincantes ocasionados no dia da apresentação do festival folclórico devido aos ensaios sem preparação física adequada e fatores nutricionais incorretos. Objetivo Específico: - Acompanhar o desenvolvimento

físico e nutricional dos brincantes; - Elucidar os fatores da alimentação saudável adequados à preparação física; - Orientar os brincantes sobre a importância da realização de alongamentos antes e após os ensaios; - Adequar o padrão respiratório. Cuidados compartilhados: Nutricionista: Avaliação, acompanhamento e orientações nutricionais. Educador físico: Avaliação, acompanhamento e orientações sobre atividade física. Fonoaudióloga: Orientação e adequação respiratória. Definição de ações e metas: Curto prazo (Avaliações e diagnósticos físicos e nutricionais; Educação em saúde referentes aos temas abordados); Médio prazo (Encaminhamento dos brincantes que necessitem de acompanhamento nutricional; Incentivo à realização dos alongamentos antes e após os ensaios; Adequação do padrão respiratório); Longo prazo (Utilização adequada das informações teóricas e práticas, repassadas pelos profissionais). Divisão de Responsabilidades: Usuário (Dar seguimento às orientações pondo em prática os conteúdos ensinados e participar do acompanhamento nutricional realizado nas unidades básicas de saúde de referência quando necessário); Família (Colaborar com a equipe de facilitadores monitorando e fiscalizando a continuidade teórica e prática das instruções repassadas); Equipe ESF (ACS - Participar das avaliações auxiliando o corpo técnico nas triagens e avaliações dos brincantes).

GRUPO DE ENCONTRO COMUNITÁRIO COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO SABER: UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO POPULAR NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Renan Soares de Araújo, Pedro José Santos Carneiro Cruz

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Extensão Comunitária, Participação comunitária

APRESENTAÇÃO: O Programa “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)” constitui uma experiência de Extensão Universitária pela Educação Popular, a qual, por sua vez, orienta a condução de processos e trabalhos sociais de forma horizontal, com todas as pessoas e participação popular ativa, a partir do diálogo e da problematização, almejando incentivar a análise crítica da realidade, através da busca de estratégias de luta e enfrentamento das problemáticas locais. O PINAB é vinculado ao Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas e ao Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Organiza suas atuações a partir de diferentes eixos, contemplando frentes de ação denominadas de Grupos Operativos, dos quais destacaremos as atividades dos grupos “Horta Comunitária” e “Saúde na Comunidade”. Enquanto o primeiro vem priorizando a construção de uma Horta Comunitária às margens da nascente do rio Jaguaribe, na comunidade Boa Esperança, no bairro do Cristo Redentor em João Pessoa-PB, o segundo vem desenvolvendo encontros comunitários para problematização de questões emergentes do ambiente e da realidade social local. Ambos visam propiciar que a Horta se configure como um espaço potente de Promoção da Saúde e da construção compartilhada do conhecimento, com esforços para alternativas, tecnologias e espaços de saúde e qualidade de vida no âmbito comunitário. As reuniões do “Saúde na Comunidade” ocorrem quinzenalmente, de forma articulada às atividades de manutenção da Horta (como limpeza e plantio de novas espécies de hortaliças

e ervas medicinais). Participam agentes comunitários de saúde e outros profissionais do setor saúde, bem como moradores que residem nas proximidades de onde a horta vem sendo construída, além de estudantes, professores e pós-graduandos vinculados à UFPB. Nos encontros do Grupo, são utilizadas estratégias para propiciar debates sobre temas relacionados à conscientização ambiental e à saúde de forma ampliada. Tais estratégias são empregadas através de dinâmicas participativas e dialógicas, de caráter coletivo, através da configuração de cartazes informativos, buscando ressaltar a importância do cuidado com o outro e com a natureza, seguido de rodas de conversa, com o objetivo de valorizar o trabalho em equipe e do zelar não apenas pelo local em que a Horta se encontra, mas por todos os espaços nos quais estamos inseridos. Dentre as atividades desenvolvidas, destacamos a atividade denominada de “caça ao tesouro”, no qual o “tesouro” deveria ser encontrado pelas crianças, a partir de dicas que estavam espalhadas pelos espaços da Horta. As dicas para encontrar o “tesouro” apresentavam temas relativos à Horta Comunitária e sua importância. Em outro encontro do Grupo, foi executada uma dinâmica com o objetivo de integrar as pessoas que estavam no local, a qual seguiu uma reflexão sobre “sentimentos” – onde cada pessoa deveria pegar apenas um papel dentre os vários que estavam espalhados e em cada papel tinha escrito um tipo específico de sentimento, e assim, cada participante deveria explicar porque havia escolhido aquele sentimento, qual a importância dele para si e para a Horta. Para fomentar a construção de conhecimentos através do compartilhar de saberes, também utilizamos a metodologia da Tenda do Conto, colocando centralidade nas histórias de vida das pessoas e suas subjetividades, sendo este um espaço criado para integração e amorosidade, onde extensionistas, professores,

moradores, agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores do setor saúde que frequentam a Horta, puderam levar objetos que de alguma forma tinham alguma importância para eles. A experiência da Tenda do Conto foi desenvolvida pela rede de saúde do município de Natal no Rio Grande do Norte, no ano de 2007, como meio-forma de cuidado aos usuários da atenção básica à saúde (GADELHA; FREITAS, 2010). Este se configura como um espaço aberto para o relato de histórias, possibilitando diálogos horizontalizados acerca de experiências vivenciadas anteriormente, às vezes quase esquecidas ou não compartilhadas (EPS..., 2014). Assim cada ator e atriz, a seu modo e jeito, segue contribuindo para a polifonia que se constitui neste encontro. A Tenda do Conto se destaca como um espaço qualificado para a escuta atenta, onde os próprios participantes devem saber de seu acontecimento previamente e diante disso separar algo que represente uma história vivenciada importante e que possa ser partilhado, podendo eles, estarem dividindo estas histórias tão ricas uns com os outros. A partir deste espaço-momento, viabiliza-se o resgate e o partilhar de histórias e saberes que serviram e servem para uma melhor compreensão da visão de mundo uns dos outros – a qual é constituída com base nas experiências vividas pelas diferentes pessoas. Destacamos que, através das atividades desenvolvidas, como na “caça ao tesouro”, onde todas as crianças “trabalharam” juntas, foi possível que elas refletissem sobre a importância do trabalho solidário e coletivo. Portanto, tem-se observado a constante interação dos participantes entre si e com o meio ambiente, o que viabiliza o surgimento de vínculos sociais, o pensar crítico e a modificação de comportamentos ambientalmente não sustentáveis. Na atividade que teve como tema os “sentimentos”, percebemos o quanto é importante à interação entre os

participantes da Horta e o quanto necessário é, sempre, refletir sobre o que cada um pode acrescentar no cuidado e preservação do meio ambiente e na construção da Horta. A atuação do Grupo através da perspectiva da Tenda do Conto provocou nos participantes o interesse em conhecer a história de vida uns dos outros, promovendo momentos de integração entre os presentes. Tal processo já começa a nos surpreender no início da atividade, quando o objeto de cada participante vai sendo apresentado a todos os presentes na roda. É a partir deste momento em que as histórias e as emoções começam a surgir. Essa experiência tem propiciado e potencializado a integração entre os indivíduos presentes para que o encontro comunitário se configure de maneira solidária, humanizada e participativa. Portanto, os momentos constituídos através do “Saúde na Comunidade” tem possibilitado o desvelar de conhecimentos propositivos e a abertura de novos caminhos e estratégias, e tem, acima de tudo, funcionado como um momento de união, acolhimento, diversão, diálogo e construção compartilhada de saberes e promoção da saúde, constituindo-se, assim, como um espaço local potente para um fazer emancipatório e não somente técnico. A partir das atividades desenvolvidas, tem-se aprendido a relevância da construção da saúde no âmbito comunitário como processo cujo ponto de partida é, fundamentalmente, o estabelecimento de encontros e conversas na direção de um olhar crítico e problematizador dos sujeitos da comunidade. Ademais, enxerga-se que o cultivo desse espaço a partir de um desafio social concreto (qual seja a construção da Horta), estimulou a participação da comunidade na gestão de sua vida social e no engajamento em suas lutas sociais locais. Tal construção tem também viabilizado momentos para o exercício de um saber-agir reflexivo e pautado na consciência e ética

ambiental. Ainda, para conceber o processo de construção da Horta não apenas como um fazer técnico, mas de mobilização, discussão, reflexão e inserção comunitária para um diálogo de saberes visando a potencialização do “ser mais” das pessoas e do incremento em suas possibilidades de enfrentamento e superação das situações-limite em seu cotidiano. Propicia-se, assim, a formação de cidadãos conscientes e comprometidos com as causas ambientais e com práticas de promoção da saúde.

GRUPO DE MOVIMENTO TERAPÊUTICO, O EXERCÍCIO FÍSICO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Raquel Cristina Braun da Silva, Tatiane Motta Costa e Silva, Franciele Machado Santos, Stephanie Jesien, Rodrigo Souza Balk

Palavras-chave: Exercício, Fisioterapia, Saúde Mental

APRESENTAÇÃO: Ao longo da história da Saúde Mental há diversas mudanças na forma de compreender, diagnosticar e tratar indivíduos com transtornos psíquicos e/ou dependentes químicos, passando de uma visão de loucura com um aspecto demoníaco até a compreensão dos transtornos. Estes indivíduos possuem o direito de serem assistidos em um sistema comunitário de saúde mental que tenha como foco desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e reinserção social (BARBOSA; SILVA, 2013). O cuidado deve ser realizado Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecem acolhimento diurno e/ou noturno, dependendo de sua especificidade. Um CAPS II deve atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde

local (PORTARIA 336). Transtornos mentais causam alterações de comportamento e relacionamento interpessoal, porém também podem causar incapacidade física. Dentre as alterações físicas pode-se citar redução de equilíbrio e motricidade ampla e fina, fraqueza muscular, alterações de postura e marcha resultando em redução da capacidade funcional, também apresentam devido ao sedentarismo debilitada capacidade aeróbica e alta propensão para a síndrome metabólica que por sua vez, aumenta a morbidade destes transtornos (FOGARTY; HAPPELL, 2005). A fisioterapia tem como propósito o estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas suas alterações patológicas, quanto nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (ROEDER, 1999). Dessa forma, segundo o COFFITO os exercícios físicos devem ser uma abordagem terapêutica praticada pelo fisioterapeuta dentro de objetivos específicos para melhorar o quadro funcional do usuário de Saúde Mental, embora o fisioterapeuta ainda não seja um profissional comumente visto nesses serviços. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de um fisioterapeuta residente em saúde mental através de um grupo terapêutico baseado em exercícios físicos e também os efeitos destes exercícios na saúde e bem-estar dos usuários. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de um grupo terapêutico aberto, denominado Grupo de Movimento Terapêutico, realizado entre maio e agosto de 2015, com usuários de um CAPS II. Participam deste grupo uma fisioterapeuta residente, uma professora de educação física residente e um profissional do serviço. Os critérios utilizados para a escolha dos usuários foram: a) apresentar alguma queixa relacionada à alteração física; b) ter interesse

em praticar exercício físico; c) apresentar compreensão e capacidade de realizar os exercícios propostos; d) não apresentar nenhuma contra indicação. Inicialmente os usuários foram avaliados individualmente, através de uma ficha de avaliação elaborada pelas residentes, onde constava: a principal queixa, história da doença atual e pregressa, medicamentos utilizados, nível de atividade física, amplitude de movimento ativo e passiva, força muscular (grupos musculares), testes de coordenação motora (index-naso, calcâneo-joelho e pinças), equilíbrio (sinal de Romberg), ausculta pulmonar, pressão arterial e avaliações específicas de acordo com a queixa do usuário. A partir daí foi traçado um protocolo de exercícios benéficos a todos os usuários do grupo, levando em consideração as limitações e potencialidades individuais. Contando com alongamentos musculares, exercícios respiratórios, exercícios ativos livres, resistidos e isométricos para membros superiores e inferiores, exercícios para musculatura abdominal, para vertebrais e perineo, treinamento de equilíbrio e coordenação motora e relaxamento. Ao final de cada dia, os usuários foram questionados sobre como a participação neste grupo impactou nas suas atividades de vida diária e condição física, além das sensações percebidas durante e após a realização do mesmo. Após seis meses de participação ativa no grupo, os usuários serão reavaliados com o intuito de verificar se houve melhora física e quantificá-la. RESULTADOS: Participaram do grupo em média 10 usuários, a maioria mulheres com mais de 45 anos. Ao analisar os prontuários dos participantes, a maioria é diagnosticada com depressão, embora transtorno obsessivo compulsivo, transtornos de ansiedade e esquizofrenia também estivessem presentes. De acordo com Pelisoli e Moreira (2005) verificou-se que nos sujeitos do sexo masculino acompanhados em um

CAPS os diagnósticos predominantes são de esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; e transtornos emocionais e de comportamento, enquanto que nos sujeitos do sexo feminino, apresenta maiores índices de transtornos de ansiedade e de humor. As queixas mais frequentes foram de mioalgias, má postura, dificuldades de equilíbrio, dispnéia a médios esforços e dificuldades para deambulação. O sedentarismo em usuários de saúde mental pode causar aumento dos níveis de ansiedade, depressão, raiva, tensão, da fadiga muscular e diminuição do afeto positivo (REUTER et al., 2007). Além disso, Souza et al. (2008), verificaram em seu estudo que o uso dos antipsicóticos atípicos podem provocar efeitos colaterais neurológicos, cardiovasculares, endócrinos, e musculoesqueléticos, como aumento de peso, dislipidemias, síndromes metabólicas e diabetes, discinesia, tardia, acatisia e distonia, ataxia, atrofia e fraqueza muscular, afetando diretamente a capacidade funcional do indivíduo. A primeira tarefa dada aos usuários foi a criação de um nome fantasia para o grupo, que deveria representar suas expectativas e objetivos, todos os usuários deram uma sugestão e foi feita votação, o nome escolhido foi "Vencendo Limites", o que denota a vontade de superarem suas próprias limitações a cada dia. Ao final de cada dia os relatos foram de sensação de bem estar, melhora no humor e socialização, redução de algias, melhora na consciência corporal e respiratória resultando em maior capacidade funcional. O estudo Oliveira et al. (2011) demonstrou que a atividade física na saúde mental produz efeitos positivos como o bem-estar físico, emocional e psíquico, redução do estresse, do estado de ansiedade e abuso de drogas, redução de níveis leves e moderados de depressão. Há várias explicações para estes efeitos, Peluso et al. (2005), abordam que várias

hipóteses psicológicas têm sido propostas para explicar os efeitos benéficos do exercício físico na saúde mental: a principal delas é a distração, seguida da autoeficácia, e da interação social. Também abordam hipóteses fisiológicas como o aumento da transmissão de monoaminas e da produção de endorfinas. Já que a fisioterapia como tratamento complementar pode melhorar a saúde física, mental e a qualidade de vida a Organização de Fisioterapia em Saúde Mental recomenda que os fisioterapeutas sejam treinados para reconhecer e tratar adequadamente os sintomas de doença mental grave. O que permanece sendo um desafio para os serviços de Saúde Mental, Universidades e profissionais, pois normalmente a atenção a usuários de saúde mental não está incluída em currículos da fisioterapia e ainda há carência de dados na literatura sobre intervenções nesta área. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através da experiência obtida neste grupo e pelos relatos existentes na literatura, pode-se notar que exercícios físicos importantes no tratamento de transtornos mentais, trazendo muitos benefícios psicológicos e físicos, desde que bem orientados e direcionados a necessidade do usuário, o que evidencia a importância da inserção do fisioterapeuta na equipe de cuidado em saúde mental.

HABITAÇÃO SAUDÁVEL? PERSPECTIVAS SOBRE OS IMPACTOS DA HABITAÇÃO NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Sabrina da Silva Souza, Daniele Baptista Brandt

Palavras-chave: saúde, oncologia, habitação

O câncer de mama é uma doença crônica não transmissível que incide majoritariamente na população feminina, cuja estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar

Gomes da Silva (INCA) para o biênio 2014-2015 foram previstos 57.120 casos novos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. É considerada a maior causa de morte em mulheres em todo mundo, a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos atrás do câncer de pulmão e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento (INCA, 2014). O câncer de mama exige tratamento continuado em curso prolongado, que pode envolver diferentes modalidades terapêuticas, como realização de cirurgia, tratamento quimioterápico, radioterapêutico, hormonioterápico e cuidados paliativos. Nas últimas décadas foi construído um importante acúmulo de conhecimento na área da saúde, a partir do qual a saúde passou a ser compreendida enquanto resultado de diferentes fatores relacionados às condições de vida e trabalho do sujeito. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), ela tem como determinantes e condicionantes diversos fatores, dentre os quais a habitação. Entretanto, este direito social não se encontra universalizado devido à desigualdade entre ricos e pobres no acesso a terra, como também ao alto custo da produção e manutenção da moradia, que empurra os pobres cada vez mais, para as periferias. A partir da inserção como assistente social residente em um hospital de referência para atendimento ao câncer de mama, situado na cidade do Rio de Janeiro, foi possível observar como a questão habitacional afeta a vida dos sujeitos com este tipo de neoplasia e, até mesmo em alguns casos, impondo limites à continuidade do tratamento proposto. Dessa maneira, considera-se que a habitação constitui uma variável importante a ser considerada na definição do plano de cuidado do usuário, bem como para a formulação de políticas públicas voltadas para a atenção integral e intersetorial à

saúde da população. Esse elo entre saúde e habitação, se materializa a partir do entendimento de como a apropriação do espaço urbano pode impactar no tratamento de saúde, seja relacionado ao diagnóstico ou ao acesso às diferentes modalidades do tratamento. Ainda que o tratamento seja realizado no Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, onera aos usuários, suas famílias e/ou sua rede social de apoio, já que há custos agregados que reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras, contribuindo para o seu empobrecimento (BRASIL, 2011). Metodologia: Neste sentido, o presente trabalho consiste em um relato de experiência, que tem como objetivo provocar a reflexão sobre os impactos que a habitação pode apresentar no tratamento oncológico e sobre a necessidade de sua abordagem no contexto da atuação interdisciplinar e intersetorial. Para tanto, adotou-se como metodologia a realização de pesquisa bibliográfica de produções relacionadas às temáticas de saúde, universalidade, integralidade, intersetorialidade, questão social, questão habitacional e habitação saudável, bem como de pesquisa documental de legislações, planos e programas dos Governos Federal, Estadual e Municipal relacionados às políticas de saúde e de habitação. Resultados: Os resultados foram analisados à luz do método materialista histórico-dialético, de Karl Marx, que permite compreender a realidade através de suas múltiplas e contraditórias determinações, suscetíveis ao movimento da história e passíveis de constante transformação. Considerando a questão habitacional enquanto uma das expressões da questão social e, portanto, do conflito travado entre o capital e o trabalho diante da partilha desigual da riqueza socialmente produzida, ela manifesta a desigualdade de acesso à infraestrutura, aos equipamentos e serviços

urbanos e sociais, ou seja, ao exercício do direito à cidade e à saúde. Os resultados preliminares da pesquisa permitem afirmar que a habitação perpassa o tratamento oncológico através de distintas formas, tais como: quando ocorre dificuldade de acesso ao tratamento de saúde, seja ela devido aos altos custos do transporte individual ou coletivo, como também aos longos deslocamentos entre a moradia e a unidade de saúde; quando consideramos os altos custos das moradias que reduzem a disponibilidade de recursos financeiros das famílias para outras necessidades básicas; quando a ausência de infraestrutura urbana ou de saneamento básico interfere na recuperação da saúde, na continuidade do tratamento e, sobretudo, no uso do espaço urbano enquanto manifestação do direito à cidade e à saúde; quando a habitação com alta densidade de moradores interfere no acesso a outros direitos sociais do paciente com câncer devido a critérios de elegibilidade restritos, baseados exclusivamente na renda. Ponderamos também, que no atual contexto de redução do Estado na área social, ocorrem outras repercussões, como por exemplo, a fragmentação e a focalização das políticas sociais públicas, que evidenciam como o sistema de proteção social brasileiro ainda permanece desarticulado em suas diferentes esferas de governo é insuficiente para dar respostas à multiplicidade das demandas das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. É tangível observar ainda, que a questão habitacional vem sendo abordada em sua articulação com a saúde através do conceito da habitação saudável que atribui à moradia papel importante para a prevenção de risco ou agravo à saúde. Contudo, em sua maioria, os estudos ainda encontram-se voltados para a promoção de saúde entendendo a atenção básica como espaço privilegiado para reflexão. Assim, pondera-se que esta questão não vem

recebendo o mesmo destaque quando o sujeito é acometido por uma doença crônica não transmissível e passa a realizar um tratamento de saúde na atenção terciária. Surge então a necessidade de estudos que contemplem os demais níveis de atenção à saúde, que considerem a habitação como determinante e condicionante da saúde e que abordem não apenas as condições sanitárias, mas, também, as condições globais de moradia, que envolvam o acesso à terra, produção de moradia, coabitação, localização, infraestrutura, acesso a equipamentos e serviços públicos, dentre outros. Acreditamos que abordar essa relação a partir do cotidiano de tratamento de uma doença crônica não transmissível como o câncer de mama, permitirá um olhar diferenciado sobre a questão, uma vez que as condições de moradia não constituem fator de risco ou agravo para esta doença, mas, são fundamentais para a garantia de uma assistência integral à saúde.

HISTÓRICO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA TÉCNICA DE OGAWA-KUDOH PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM MATO GROSSO DO SUL

Eunice Atsuko Totumi Cunha, Marli Marques, Leila Lempke, Aleuyr Oliveira Lima, Odenir Amorim, Juliana Zarate Fernandes, Alessandro Heirishi

Palavras-chave: *Micobacterium tuberculosis*, cultura Ogawa-Kudoh, descentralização

INTRODUÇÃO: A tuberculose pulmonar (TBP) representa um importante problema de saúde pública em Mato Grosso do Sul com taxas de incidência e mortalidade entre 2007-2010 de 31,5/100.000 e 2,3/100.000 hab. Sua distribuição heterogênea destaca superioridade entre municípios fronteiriços com Paraguai e Bolívia: 49,1/100.000 hab. e 4,0/100.000 hab. respectivamente,

representando 1,6 vezes e 1,8 vezes acima dos registros fora dela; na população indígena foram 184,9/100.000 e 11,1/100.000 hab. respectivamente, superiores a 6,4 e 3,2 vezes que entre não indígenas e, atingindo 871,4/100.000 entre detentos. Estas populações (carcerária, indígena e fronteira) apresentam maior risco de adoecimento e morte por TBP em nosso Estado. Até 1994 a pesquisa de BAAR era realizada pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/MS), porém a partir de 1995 implanta a cultura do M. tuberculosis utilizando meio sólidos de Löwenstein-Jensen e, a partir de 2003, meio líquido (sistema Bactec MGIT 960/BD). Com esta nova rotina, o LACEN/MS delega a pesquisa de BAAR aos laboratórios municipais. As amostras para cultura que adentravam ao LACEN/MS nem sempre provinham de localidades e grupos de maior vulnerabilidade, o que motivou a descentralização da semente para ampliar a investigação da TB nestas populações. A técnica de Ogawa-Kudoh (O-K) mostrou-se viável, por não exigir estrutura laboratorial complexa, dispensar centrífuga, estufa e cabine de segurança biológica como requerido por outras técnicas, exigindo a mesma estrutura para realização da baciloscopia. Assim, este trabalho descreve o histórico da implantação da técnica de Ogawa-Kudoh nos laboratórios municipais de Mato Grosso do Sul, com vistas a implementar o diagnóstico e controle da TB. Materiais e métodos A técnica de O-K eram reconhecidos pela OMS e desde final de 1990 era utilizada por alguns laboratórios de São Paulo e do Rio Grande do Sul, a despeito do Ministério da Saúde não concordar e/ou recomendar sua implantação. Esta técnica foi reconhecida em 2008 e incluída no “Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e Outras Micobactérias”. Os técnicos do LACEN/MS receberam treinamento à

distância pelos profissionais do Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto e decidiram pela implantação. A técnica de O-K revelava-se simples, prática e de baixo custo (estimado em \$1,00 dolar por cultura) e ser factível em localidades onde a cultura tradicional mostra-se inviável. Também por apresentar um risco biológico reduzido para quem a manuseia e baixo risco de contaminação cruzada. Os tubos com meios de cultura podem ficar mantidos em temperatura ambiente, e, quando disponível, refrigerador doméstico. O material semeado pode permanecer entre 7 a 10 dias em temperatura ambiente. Os técnicos locais foram capacitados, receberam os insumos e passaram a realizar a técnica e quando necessário solicitavam apoio do LACEN/MS para adequação do espaço físico e ajustes da técnica. Em 1999, em caráter experimental ocorreu a implantação da técnica no laboratório do Hospital Porta da Esperança (HPE) em Dourados. Este hospital atendia indígena com TB, em regime de internação, onde o diagnóstico limitava-se a pesquisa de BAAR. Em Dourados, na atualidade, esta rotina ocorre no laboratório do Hospital Universitário e contempla toda a população (não indígena/prisional), em parceria com a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), além de outro laboratório na unidade de saúde da Aldeia Jaguapirú, cuja rotina está sob a responsabilidade de um indígena, técnico de enfermagem. Em 2006 descentralizou-se para o laboratório municipal de Amambai, a fim de atender a mudança na política de assistência aos indígenas com TB para a rede básica, incentivada a partir de 2001. Com isto houve uma redução substancial na demanda do HPE e os suspeitos TB passaram a ser atendidos pelas Equipes de Saúde Indígenas, nas próprias aldeias. Com isto, houve redução do envio de escarro ao LACEN/MS para realização da cultura, visto a distância e

custos com transporte. Este laboratório atendia também a demanda de indígenas de Aral Moreira e Coronel Sapucaia, e na atualidade, disponível para população não indígena. Em 2007 implantou-se a técnica nos laboratórios municipais de Corumbá, Ponta Porã e Três Lagoas, visto apresentarem populações de risco (fronteira e população prisional). Em 2013, ampliou-se a implantação em dois laboratórios do Pólo Indígena de Iguatemi para atender três municípios com população indígena e no laboratório da Casa do Índio em Tacuru, além do laboratório municipal de Bonito (pólo turístico) e, no ano de 2014, no laboratório municipal de Nova Andradina. Em 2015 implantou-se no Laboratório Central/LABCEM/Campo Grande e no laboratório do Hospital São Julião (referência estadual no tratamento de resistência às drogas). Os dados gerados pelo LACEN/MS passaram a ser avaliados e disponibilizados para os técnicos do serviço, para alunos de graduação e pós-graduação e pesquisadores, possibilitando estudos, avaliações, monografias, dissertações e teses de mestrado e doutorado, além de publicações em revistas conceituadas e prêmios de reconhecimento técnico. RESULTADOS/IMPACTO: Entre 1999-2008 foram analisadas 9.982 amostras de suspeitos entre indígenas e não indígenas, com resultado positivo em 795 (8,0%); Entre 2009-2013 foram analisadas 7.969 amostras de suspeitos entre indígenas e não indígenas, com resultado positivo em 919 (11,5%); Na atualidade esta técnica está implantada em 12 municípios onde residem 1.518.592 hab. (58,0%) dos 2.619.657 hab. do estado. A utilização da cultura pelo método de O-K aumentou o número de casos confirmados entre 1999-2001 em 34,1%. Após a implementação do diagnóstico com a técnica de O-K observou-se: a) Declínio nas taxas de incidência na população indígena nos respectivos anos avaliados: 1999 –

700,0/100.000 hab. 2007 – 223,6/100 mil hab. 2010 - 199,8/100 000 hab. b) Possibilidade de diagnóstico e monitoramento da resistência às drogas entre indígenas: Entre 1999-2008 foram realizados 569 testes de sensibilidade às drogas, onde 545 (95,8%) eram sensíveis às quatro drogas testadas e 31 pacientes apresentaram resistência (5,7%), sendo 3 casos com MDR (taxa de 0,9%), casos que foram adequadamente acompanhados e tratados. c) Repasse de recursos pelo Ministério da Saúde para supervisões e assessorias aos municípios que realizavam tal rotina. Em 2010 foi disponibilizado R\$160.000,00 para o projeto “Avaliação genética do M. tuberculosis em pacientes de TB em área de fronteira”. d) Disponibilidade de banco de dados do LACEN/MS para servidores da saúde, acadêmicos (graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado) e pesquisadores, resultando em avaliações e publicações disponíveis nas bibliotecas e revistas de elevado impacto. e) Parceria com instituições de ensino e pesquisa: (UFMS/UFMG/UNESP, FIOCRUZ/Pantanal e FIOCRUZ/RJ) possibilitou a realização de estudos e investimentos nas ações do PCT em populações vulneráveis. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A técnica de O-K mostra-se factível de ser implantada em qualquer localidade onde exista um laboratório de baixa complexidade e pessoal treinado. A experiência na capacitação de técnicos de nível médio, indígenas e não indígenas, em localidades onde não havia disponibilidade de profissionais de nível superior da área, para esta rotina, não apresentou evidências de comprometimento da qualidade do serviço, suprida pelas supervisões tanto pelo profissional do município, como do LACEN/MS. A implantação desta técnica contribuiu sobremaneira no diagnóstico da TB no Estado, permitindo aos técnicos e gestores, novas abordagens frente às

populações e grupos vulneráveis. Sua implantação nos demais municípios do estado busca atender as recomendações atuais do Ministério da Saúde (2013) para oferta da cultura universal. Também foi adotada por um serviço no Paraguai (fronteira com Ponta Porã) que buscou orientações junto ao LACEN/MS. Ressalta-se que apesar da técnica estar em uso nos Estados do Piauí, Paraíba, Espírito Santo, Roraima, Acre e Amazonas, Mato Grosso do Sul foi pioneiro na implantação para atender prioritariamente população indígena.

HUMANIZAÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS

Maria Aparecida de Oliveira do Amaral, Terezinha de Jesus Abreu Souza

Palavras-chave: Qualidade de vida, queimados, hospitalização

OBJETIVO: Oferecer um atendimento humanizado para que o paciente se perceba com boa qualidade de vida durante a hospitalização. **RELATO.** A OMS definiu Qualidade de Vida (QV) englobando cinco dimensões: Saúde física, Saúde psicológica, Nível de independência, Relações sociais e Meio ambiente. O conceito abrange as observações necessárias em um Centro de Tratamento de Queimados, referindo-se à saúde física do indivíduo, ao nível de independência, aos relacionamentos sociais, ao estado psicológico, às crenças pessoais e às relações com os principais aspectos do ambiente (FLECK, 2000). A pele é uma fronteira, uma cerca viva ligada diretamente ao sistema nervoso e “à mente do paciente”. Há na pele um “eu-vivo”, um “eu-pele”. O indivíduo que tem seu corpo queimado precisa voltar a moldar sua identidade corporal, seu eu-corpóreo que permite aflorar a gama de emoções,

sentimentos, aspirações e desejos que favorecem seu desenvolvimento cognitivo, colaborando para a diminuição do tempo de internação. Somente após esta aceitação das condições corpóreas, o indivíduo estará apto a reconstruir-se. A experiência de ser conduzido nos momentos desta difícil reconstrução da sua identidade corporal e psíquica torna o indivíduo mais acessível ao profissional e mais adaptado às condições de hospitalização terapêutica, muitas vezes estressoras por si só (ANZIEU, 1989). Lipp e Rocha (1996) sugerem que as reservas energéticas podem ser repostas através de técnicas de controle de ansiedade e com o uso adequado da alimentação, relaxamento, mudança de hábitos e exercícios físicos, levando o paciente a uma melhor QV durante a hospitalização. O controle da dor, o suporte nutricional e o suporte emocional são necessários para uma boa percepção de QV durante todo o curso da hospitalização. Firmino (1997) refere que cada membro da equipe de atendimento experimenta sentimentos particulares para com os pacientes queimados e a tendência natural é que sintam a vontade de substituir a “pele biológica” do queimado, protegendo-o do mundo exterior. As atitudes interdisciplinares assumidas pela equipe cercam o paciente de cuidados e comportamentos que amenizam o sofrimento. Todos procuram sair do seu “eu-profissional”, técnico e isento, humanizando-se na necessidade de oferecer melhor QV ao paciente. **CONCLUSÃO:** A reunião das equipes de atendimento vai além da multidisciplinaridade resultante, ela se torna parte integrante da terapia quando consegue priorizar os aspectos do bem-estar do paciente internado, estabelecendo um padrão adequado de qualidade de vida na hospitalização, contribuindo para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída às hospitalizações.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E A DISCIPLINA PRÁTICAS INTEGRADAS EM SAÚDE I SOB O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Maria Lilian Trinidad Damaceno

Palavras-chave: Serviços de Integração Docente-Assistencial, Territorialização, Agentes Comunitários de Saúde

APRESENTAÇÃO: A integração ensino – serviço-comunidade caminha conjuntamente, quando há planejamento e convergência de propósitos. A Unidade de Saúde da Família Divisa da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal e a disciplina Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) buscam construir juntas nesta direção. Uma das atribuições do Agente Comunitário de Saúde é participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, cuja preocupação central é a comunidade na identificação de famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012), sintonizando, assim, com o propósito da disciplina. **OBJETIVO:** Relatar a experiência das cinco agentes comunitárias na integração ensino-serviço, no processo de territorialização junto aos estudantes e professores da PIS I. **Descrição da experiência:** O processo de territorialização na adscrição de famílias pelo grupo de estudantes e docentes é acompanhado e monitorado pelas Agentes Comunitárias de Saúde no território. Assim, na saída a campo é feito: a) o mapeamento das ruas e casas, b) descrição da microárea observada, c) identificação de equipamentos sociais e dos recursos das microáreas, d) descrição do funcionamento dos serviços, da estrutura física, das condições de vida da população, das características e identificação de

lideranças. Para a problematização e a reflexão do campo observado, é realizado entre professores, estudantes e Agentes Comunitárias uma roda de conversa, que acontece com um lanche coletivo e acolhida da equipe de Saúde da Família, deixando como produto para a Unidade de Saúde, relatórios, mapas atualizados onde todos os profissionais da equipe se apropriam permitindo ter este olhar sobre o ensino e o serviço, bem como a reflexão de como a geografia do espaço está em constante e veloz transformação. **RESULTADOS:** A compreensão do funcionamento do serviço ofertado à população, a qual é beneficiada pelo ambiente educacional, possibilita a compreensão do papel do médico como um dos muitos recursos dentro da comunidade para ajudar as pessoas a lidarem com suas inter-relações entre saúde e problemas sociais e fomenta que a equipe da Estratégia Saúde da Família, comunidade e Universidade seja aliada no desenvolvimento e manutenção do sistema de prevenção de doenças e promoção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O território estudado a partir de um contexto ampliado de saúde, levando em consideração as particularidades das vivências entre estudantes, professores e Agentes Comunitárias de Saúde (multiprofissional e interdisciplinar), permite a construção de uma percepção crítica em relação ao território, comunidade, serviço e educação no Sistema Único de Saúde. **Palavras-chave:** Serviços de Integração Docente-Assistencial; Territorialização; Agentes Comunitários de Saúde. **REFERÊNCIAS:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, 2002.

INTERCONSULTA: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR ENTRE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Micaelle Oliveira Vieira

Palavras-chave: Interconsultas, Saúde da Família, Multiprofissional, Pré-natal

A qualificação, a humanização e ampliação do cuidado a saúde da mulher por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) interligado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher causam impactos significativos na redução das taxas de mortalidade materno e infantil. Para efetivar essa atenção qualificada, a principal estratégia é assistência pré-natal que visa à detecção e intervenção precoce das situações de risco (BRASIL, 2012). O pré-natal de acordo com Teixeira, Amaral e Magalhães (2010) é um espaço de suma importância para que as mulheres possam esclarecer suas dúvidas e ansiedades, além de despertar o interesse para obter mais informações. Sendo assim, os autores ainda enfatizam que é indispensável que esses saberes sejam repassados de forma correta, a fim de sensibilizar e incentivar o autocuidado apoiado. A partir das legislações vigentes o enfermeiro tem entre suas responsabilidades realizar a consulta de enfermagem e prestar a assistência a gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986). Segundo Dotto, Moulin e Mamede (2006) esse profissional deve ser sensível, ter capacidade de ouvir, transmitir confiança e criar vínculos com a usuária. A atuação do profissional nutricionista nas ações do pré-natal de acordo com Mello e Marchiori (2001) é cercada por muitas dúvidas sobre os procedimentos realizados individualmente e também a respeito de uma abordagem socioeconômico e cultural

das gestantes. Nos resultados da pesquisa realizada pelas autoras acima fica nítido que as gestantes consideram essencial o atendimento com a nutricionista, sanando dúvidas e trazendo alternativas para uma dieta balanceada e saudável. Partindo dessas concepções é notória a importância dos atendimentos de ambos profissionais da saúde a essa usuária, sendo assim as interconsultas possibilitam o diálogo interdisciplinar e multiprofissional com uma abordagem embasada nos princípios da clínica ampliada. As interconsultas são instrumentos que visam compreender, aprimorar e qualificar a assistência ao usuário rompendo as barreiras do sistema biomédico, abrangendo o contexto sociocultural e epidemiológico do indivíduo, promovendo saúde e prevenindo doenças, envolvendo ainda a família e equipe de saúde. A abordagem multiprofissional e interdisciplinar é “um novo trabalho, com um novo olhar, com uma nova forma de organização, constituindo-se um desafio, inclusive no que concerne à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (GELBECKE, MATOS, SALLUM, p.32, 2012). Com isso, nosso objetivo geral é relatar a experiência de interconsultas durante a assistência pré-natal as gestantes de baixo risco acompanhadas por uma Estratégia Saúde da Família do município de Sobral- Ceará. As interconsultas foram realizadas pela Enfermeira e a Nutricionista, Residentes em Saúde da Família no período de maio a agosto de 2015 em um Centro de Saúde da Família, nas terças-feiras no turno da tarde e cada consulta durava em média de uma hora. Vale ressaltar, que essa nova abordagem é considerada essencial na prestação de um cuidado holístico ao usuário, contudo nunca tinha sido vivenciada por ambas profissionais no percurso acadêmico/profissional, diante disso o desconhecimento e a falta de prática acarretaram a princípio insegurança e medo em relação dos benefícios desse

atendimento diferenciado. As primeiras interconsultas foram iniciadas timidamente, causando um estranhamento tanto por parte das gestantes que eram acostumadas somente com a consulta de enfermagem e médica, quanto pelas profissionais. Entretanto, no decorrer de nossa prática, a leveza sensibilidade e conexão foram se moldando, e aos poucos as falas se complementavam, deixando as usuárias mais seguras, envolvidas e interessadas no pré-natal. Nas interconsultas realizamos as coletas de informações das usuárias, abordando seu histórico clínico, obstétrico e familiar, elaboramos diagnósticos situacionais, além de um acompanhamento da evolução da situação e plano de cuidados multiprofissional, ampliando nossos compartilhamentos para os demais profissionais que compõem a equipe como o cirurgião-dentista, massoterapeutas, médica da unidade e outras especialidades de acordo as particularidades de cada gestante, resgatando sempre o princípio da clínica ampliada em reconhecer nossos limites de conhecimento e das tecnologias, buscando novos saberes e apoios, coresponsabilizando a equipe para trabalhar juntos e contribuindo assim para uma atenção humanizada e de qualidade. A enfermeira residente embasou os atendimentos das gestantes no protocolo municipal de Atenção Integral à Saúde da Gestante e da Puérpera de baixo risco onde foi realizada verificação da pressão arterial, peso e altura, anamnese, escuta das principais queixas, exame físico com medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, cálculo da idade gestacional e data provável do parto, leitura e solicitação dos principais exames obstétricos de rotina, imunização e avaliando a estratificação de risco. A nutricionista residente atuou realizando avaliação nutricional das gestantes, usando as medidas antropométricas (peso, altura) e

Índice De Massa Corporal (IMC), orientações quanto ao ganho de peso adequado durante a gestação e quanto ao manejo da dieta e a importância dos hábitos saudáveis durante esse período, tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disso, realizamos o cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) para o monitoramento contínuo do estado nutricional das gestantes, acompanhando ainda por meio do gráfico de IMC por semana gestacional que de acordo com o Ministério da Saúde é de extrema importância o registro no prontuário e no cartão da gestante, pois é capaz de fornecer informações para prevenção e controle de agravos à saúde e à nutrição, ofertamos orientações quanto aos cuidados com as mamas, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê, orientações sobre parto e pós-parto, cuidados com recém-nascido entre outras abordagens. Todas as gestantes eram convidadas a participar do grupo, onde as residentes e equipe básica realizavam ações educativas semanais. Os resultados foram surgindo ao passo que nossas consultas foram melhorando, nos atentando sempre no movimento da educação permanente no trabalho e para o trabalho, pois nossas usuárias sempre nos incentivam a ampliar nossos conhecimentos e principalmente cruzar nossos olhares a fim de possibilitar uma atenção mais humanizada que oportunize o diálogo, a expressão de dúvidas, anseios, medo, bem como trabalhar com ofertas e negociações, utilizando uma linguagem compreensível questionando sempre as usuárias sobre o entendimento das informações repassadas, ampliando esse espaço para que as gestantes se sintam seguras aderindo o pré-natal e todos os cuidados envolvidos. Em nossa percepção as interconsultas são de suma importância para o enriquecimento na formação enquanto profissionais da saúde/ residentes ampliando e

incentivando a integralidade do cuidado por meio da soma de diversos olhares, fortalecendo os vínculos, reconhecendo os contextos e apoiando a mulher nessa fase tão especial, resultando em uma maior eficácia dos serviços e ações ofertadas e um acompanhamento humanizado.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA EM CASOS DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE: UMA REFLEXÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Juliana dos Santos Lima, Lais de Souza Monteiro, Rodrigo Nascimento Dias de Oliveira, Wellington Bruno Araújo Duarte, Augusto Fernando Santos de Lima, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella, Plinia Manuella de Santana Maciel, Fabrycia Cavalcante dos Santos, Elan José de Lima

Palavras-chave: tuberculose, multirresistente, tratamento compulsório, bioética

APRESENTAÇÃO: Conseqüente do próprio processo de transição demográfica, as doenças infecciosas e parasitárias, a exemplo da tuberculose (TB), têm sido progressivamente substituídas por doenças crônico-degenerativas no que se refere às principais causas de morbidade e mortalidade. Embora nos países desenvolvidos seja possível observar este contexto, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, no entanto, tal quadro é identificado de forma associada a um perfil de elevada prevalência de enfermidades infecciosas, assim demonstrando problemáticas quanto à eficácia e resolutividade das políticas públicas voltadas para o controle destas doenças. Apesar de conhecimentos científicos consolidados quanto ao agente etiológico, diagnóstico e tratamento, o controle da tuberculose no Brasil ainda corresponde a uma problemática de grande magnitude, transcendência e

vulnerabilidade, detentora de todos os critérios de priorização de um agravamento em saúde pública, sem dúvidas, uma das enfermidades mais prevalentes no Brasil e em todo o mundo. O Brasil está entre os 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Esses indicadores colocam o Brasil na 19^ª posição em relação ao número de casos e na 104^ª posição em relação ao coeficiente de incidência. Em 2008, a TB foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui dentre seus princípios e diretrizes basilares a universalização do acesso, a descentralização das ações e a equidade no tratamento. Desta forma, sendo a tuberculose uma doença de notificação compulsória no país, a responsabilidade do setor público vai desde a profilaxia até a identificação, disponibilização de medicamentos e assistência, realizada prioritariamente pela rede de atenção básica de serviços de saúde. Embora estratégias de controle estejam bem definidas, documentadas e descentralizadas, aspectos que envolvem prevenção, tratamento, qualidade dos serviços de saúde e, principalmente, peculiaridades do usuário com TB dificultam sua efetividade. O abandono do tratamento constitui em um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro, uma vez que tal situação colabora para o prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes. A Organização das Nações Unidas (ONU) advertiu seus países membros, em 2011, sobre a necessidade de se intensificar esforços na identificação e no tratamento de pessoas com tuberculose multirresistente a terapias convencionais

– MultiDrugResistant Tuberculosis (MDR-TB) – contingente que poderá chegar a 2 milhões em todo o mundo, nos próximos três anos. A reprodutibilidade destes casos associados a um comportamento de recusa de tratamento levou o Brasil a dispor de instrumentos legais que prevêem a internação compulsória ou involuntária. Esta medida é prevista para situações de pacientes recalcitrantes, legalmente capazes, que recusam tratamento após esgotadas todas as tentativas de tratamento ambulatorial, tal estratégia efetiva-se com o apoio da autoridade sanitária e Ministério Público, a quem compete a adoção de medidas sociais e judiciais de proteção da sociedade. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem por objetivo realizar uma abordagem reflexiva acerca do tema, tendo por referência um relato de experiência em reuniões de discussão vivenciadas no município do Recife-PE. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Utilizou-se de registros de falas e anotações em diário elaboradas a partir de construções e contribuições apresentadas durante as reuniões. Contando com a participação de coordenadores da política de tuberculose dos oito distritos sanitários do Recife, bem como dos gerentes da Vigilância Epidemiológica sob gerência das mesmas entidades distritais e representantes de programas implementados no município, os encontros tinham como proposta discutir o tema, sua materialização no serviço e um possível fluxo de ação quanto à efetivação de tal estratégia. **RESULTADOS:** Durante o supracitado momento, foi apresentado a Recomendação Conjunta Nº 002/2008, instrumento editado pelo Ministério de Público de Pernambuco, que acena a possibilidade de internar compulsoriamente um indivíduo multirresistente não tratado que ofereça risco à saúde da sociedade. Tal ato fundamenta-se na ideia de que sendo a Tuberculose Pulmonar uma doença de notificação compulsória e como tal dotada

de atenção especial do Poder Público, é obrigação da autoridade sanitária determinar a execução de medidas de controle e profilaxia das mencionadas doenças. Assim considerando que o controle, a eliminação e erradicação da doença são necessárias e de interesse público, medidas judiciais podem ser aplicadas aos casos multirresistentes, uma vez que estes representam risco à saúde e a vida de um número incontável de outros seres humanos. Quanto à efetivação da prática, questionamentos foram levantados quanto à disponibilidade, financiamento e regulação dos leitos para internação, bem como sobre a competência da retirada do paciente da sua residência e a percepção deste em relação aos serviços e direitos em saúde defendidos pelo SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além dos problemas epidemiológicos, o desafio de controle dos casos multirresistentes de tuberculose saúde embute dilemas de ordem bioética e social. Embora nesses casos, o próprio indivíduo, a família e terceiros tenham legitimidade para buscar o tratamento, a interferência do Estado, caracterizado por toda a sua coercitividade, contrapõe a aspectos garantidos pelo princípio bioético da autonomia do sujeito. Outro ponto a ser discutido é o entendimento social acerca da própria doença, uma vez que esta modalidade de internação reforça uma condição de exclusão e preconceito, elementos que além de contrariarem todo o ideário do SUS, se executados de tal forma, podem resultar em uma situação de judicialização e criminalização de pacientes. O processo de internação involuntária não pode ter como princípio “tamponar” a ineficiência do sistema em alcançar suas metas e controlar a doença, faz-se necessário entender o contexto macro e micro social do paciente com TB e as interferências destes na recusa ao tratamento. É fundamental o questionamento sobre o próprio processo de elaboração e execução da Política de

Atenção à Tuberculose no município, os aspectos ligados à abordagem das equipes que atuam no tratamento, as dificuldades de acolhimento, vínculo e adesão com a equipe de saúde, o vínculo familiar e, principalmente, o empoderamento do paciente, pois estes aspectos são determinantes para mudanças significativas e realmente resolutivas no que se refere ao controle da tuberculose em saúde pública.

LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – IAM, DESAFIOS PARA SUA IMPLANTAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

Edmilson Calixto de Lima, Eric Alves Peixoto, Juliana Sampaio

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio, Linhas de cuidado: Urgência e emergência

O presente trabalho pretende apresentar os principais desafios e propostas do estado da Paraíba para a garantia da linha de cuidado do IAM. O trabalho parte da prática cotidiana vivenciada por dois dos autores como técnicos da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba no período de março a outubro de 2015, que estão atuando no acompanhamento do processo de implantação da primeira etapa do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência do Estado da Paraíba – PAR RUE. Este plano se encontra aprovado pela Coordenação Geral da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Ministério da Saúde – MS, através da Portaria GM 1.524/13 e em execução pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. A linha de cuidado do IAM foi elencada como prioritária dentro da Rede de Urgência e Emergência – RUE, estabelecida através da Portaria GM 1600/11 nos art. 3º §4º e sua implementação deverá ocorrer

gradativamente, em todo o território nacional, atendendo o que preconiza a referida portaria. De acordo com os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Ministério de Saúde, as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil. A região nordeste ocupa o segundo lugar por mortes por doenças do aparelho circulatório e no estado da Paraíba 7.322 pessoas morreram em 2010 por esta causa, sendo que 2.155 dessas mortes foram por doenças isquêmicas do coração, 1.841 por IAM e 11 por angina pectoris. A importância da linha de cuidado em IAM para a rede estadual pode ser avaliada quando se constata os números representados pelas doenças cardiovasculares e seu impacto na morbimortalidade da população. O estado da Paraíba, ainda tem que avançar muito na sua rede de serviços voltados para atendimento de pessoas com problemas no aparelho circulatório. De acordo com o Plano de Regionalização da Saúde, ele está dividido em quatro macrorregiões de saúde, entretanto, o atual PAR RUE teve a primeira fase aprovada contemplando apenas a primeira macrorregional de saúde, com polo em João Pessoa. Esta macrorregião é que composta por 65 dos 223 municípios do estado, representando uma concentração de 29,14% dos municípios, com 47,82% da população. Nesse plano foram aprovados 30 leitos de Unidade Coronariana – UCO, 05 leitos no Hospital General Edson Ramalho, 05 no Hospital Don Rodrigo, 10 no Instituto do Coração do Estado da Paraíba e 10 Hospital Pronto/SAS, sendo que esse último encontra-se fechado de acordo com o CNES desde outubro de 2013, apenas os leitos do Hospital Don Rodrigo foram habilitados até o momento. Dentre os estabelecimentos aprovados apenas o hospital Don Rodrigo dispõe de hemodinâmica intervencionista para realização de cateterismo cardíaco,

angioplastia coronariana e implante de marca-passo, o estado não conta com nenhum serviço público para atendimento de hemodinâmica intervencionista o que dificulta ainda mais a implantação da linha de cuidado do IAM dependendo exclusivamente de rede privada conveniada ao SUS. Esta, por sua vez, se restringe a três hospitais, dos quais 2 em João Pessoa: Instituto do Coração do estado da Paraíba, com 10 leitos aprovados em UCO, mas ainda não habilitados e Hospital Dom Rodrigo, e 01 em Campina Grande: Hospital João XXII, que trabalha com deficiência por problemas técnicos. Além disso, apenas o SAMU de João Pessoa vem utilizando o uso de trombolíticos, de forma incipiente e sem a devida pactuação exigida pela Portaria GM 2.777/14, diminuindo as chances de sobrevivência dos pacientes acometidos pelo IAM pois, sabe-se que 40% - 65% dos casos morrem na primeira hora e 80% nas primeiras 24 horas, quando sem tratamento adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009). A atual distribuição geográfica e perfil de assistência dos serviços e unidades disponíveis na rede estadual requerem, por um lado a habilitação dos leitos de UCO já aprovados no PAR RUE para a primeira macrorregião de saúde e a adequação, aprovação e habilitação de novos serviços com o perfil de atendimento voltado para o aparelho circulatório para as demais macrorregiões do estado. Também é fundamental que as 10 UPAS em funcionamento do estado sejam integradas a RUE por meio de sistema de regulação garantindo a integralidade do cuidado, além da capacitação de todos os profissionais para utilização da terapêutica fibrinolítica, tendo em vista que a utilização dessa terapêutica é eficaz nas primeiras 12 horas e que abrevia o tempo de isquemia miocárdica aguda e reduz o tamanho do IAM. Isso resulta em menor mortalidade - não só hospitalar como pré-hospitalar,

bem como diminui suas complicações imediatas e tardias, quanto mais precoce for a administração da terapêutica fibrinolítica, menor a mortalidade e o grau de disfunção ventricular (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2009). Assim, o desafio do estado é organizar a nova formatação do Plano da Rede Estadual de Urgência e Emergência que amplie a capacidade resolutiva dos serviços já existentes na rede e incorpore novos serviços nas macrorregionais sem referência estabelecida, de tal forma que seja possível efetivar a RUE na garantia da assistência necessária a toda a população do estado nos eventos de IAM. Como processo facilitador se propõe primeiramente consolidar a implantação da linha do IAM na primeira macrorregião e que essa possa servir como suporte para as demais regiões utilizando as expertises vivenciados pelos profissionais inclusive com utilização de tecnologia da telemedicina.

MEMÓRIA E COMUNICAÇÃO: ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Liz Clara Ribeiro de Campos

Palavras-chave: Alzheimer, idoso, estratégia de cuidados

APRESENTAÇÃO: Com o envelhecimento da população, há o aumento das doenças crônicas e incapacitantes. Entre essas, a doença de Alzheimer (DA) tem maior prevalência. É uma doença cerebral degenerativa com perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas que prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional. A DA é doença que afeta não somente o paciente, mas também toda a família, que sofre com o paciente e acaba provocando conflitos no processo de organizar os cuidados. Este contexto coloca

para a sociedade, para os gestores das políticas e em especial para os profissionais de saúde grandes desafios. Um deles refere-se às possibilidades de trabalhos e intervenções que prolonguem a autonomia e melhore o desempenho cognitivo e qualidade de vida dos pacientes com DA e com isso melhore também as relações familiares. Considerando esse cenário foi pensado o Projeto do grupo Memória e Comunicação que tem o objetivo desenvolver atividades de orientação, informação e exercícios de estimulação cognitiva contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes e melhora nas relações familiares. Descrição da experiência: O trabalho foi criado em outubro de 2013, coordenado pelo serviço social, com viés multidisciplinar; direcionado ao público alvo: familiares cuidadores de pacientes com DA e pacientes com DA atendidos na clínica de Alzheimer, da Policlínica Municipal de Londrina o qual possui estrutura adequada para as atividades com cadeiras com suporte para escrever e soltas permitindo trabalhar em grupos, em círculos maiores e menores e mesa longa que é utilizada conforme o tipo de atividade proposta. Inicialmente ocorre a reunião com cuidadores; são três encontros, semanais com a duração de três horas cada. O essencial neste momento é o apoio, orientação, troca de informações entre os participantes e também a capacitação dos mesmos para dar continuidade às atividades no ambiente doméstico. No desenvolvimento do trabalho são utilizadas as metodologias ativas no sentido de elaborar módulos processuais que permitem aos familiares vivenciar situações, expressar sentimentos trocar informações, refletir sobre as dificuldades cotidianas e buscar alternativas de superação de forma coletiva. Em alguns casos ocorre a necessidade do atendimento familiar individualizado, e os membros da família são chamados para um encontro específico. O atendimento

individualizado permite identificar problemas e assim auxiliar os membros na organização do cuidado esclarecendo sobre procedimentos e outros serviços de apoio conforme a necessidade apresentada. Este momento constitui-se num espaço para escuta, mediação, resolução de conflitos, orientação e encaminhamentos. Após o encerramento dos três encontros com familiares inicia-se nova fase com dez encontros semanais com duração de duas horas direcionado aos idosos, mas em geral o cuidador também acompanha o desenvolvimento do grupo. Neste grupo são desenvolvidas diversas atividades de estimulação cognitiva as quais possibilitam o desenvolvimento ou a redescoberta de capacidades e habilidades que devido à doença foi deixada de lado ou mesmo esquecida. No processo há o cuidado e preocupação de analisar a singularidade de cada caso permitindo que as atividades não provoquem frustrações, inibições e sentimentos negativos nos pacientes. Em todos os momentos as ações são avaliadas e redirecionadas caso seja verificado a necessidade. Os participantes, no máximo dez, são selecionados com apoio da médica geriatra considerando alguns critérios como: diagnóstico de DA em fase inicial ou moderada, e com condições motora, visual, de compreensão e comunicação que possibilitem sua participação. Antes da inserção no grupo realiza-se uma entrevista social que permite conhecer a situação geral do paciente e do contexto familiar. Não há módulos formais estabelecidos apenas o formato de condução o qual está baseado na metodologia da comunicação que foi criada pela autora do projeto e envolve os participantes numa espiral de construção que possibilita um envolvimento dos participantes em todo o processo e também a corresponsabilidade dos cuidadores. As atividades e dinâmicas são criadas de acordo com a necessidade e o perfil de cada grupo.

As atividades ocorrem de maneira gradual em termos de dificuldades e mesmo em relação ao tempo de exposição no grupo, pois alguns chegam com bastante dificuldade de comunicação e expressão. Nos encontros iniciais o essencial é o acolhimento, no sentido de passar segurança e tranquilidade; no decorrer das reuniões percebe-se um envolvimento natural nas atividades. Em cada encontro são apresentadas formas diferentes de estimulação: entre elas dança, músicas, trabalho com fotografias jogos de compras, uso de telefone, jogos de memorização desenhos para colorir, uso do microfone com atividades para falar em público, poesias, construção de frases e textos entre outras. Ao final dos encontros os participantes levam tarefas para serem realizadas em casa o que possibilita, levar a lembrança do grupo e também envolver familiares nas atividades. Em geral os idosos gostam de participar e não há faltas. No décimo encontro do grupo ocorre uma integração festiva com a presença dos amigos e familiares, momento este que é apresentado um vídeo final dos trabalhos realizados o que provoca grande alegria o fato de se verem nas atividades. Também ocorre em geral uma amostra de talentos para os presentes, são apresentações individuais ou em duplas com temas escolhidos conforme as habilidades de cada um. Este é um fator importante pois além das atividades em si que promovem a estimulação, o fato de vencer barreiras e se expor, se fazer ouvir pelos demais proporciona segurança e superação. Resultados percebidos A realização dos trabalhos de forma lúdica possibilitou que os pacientes pudessem se envolver e se expressar com naturalidade melhorando a comunicação tanto no grupo como em outros ambientes. A valorização da singularidade permitiu que cada um se sentisse aceito com suas limitações e dificuldades e assim puderam deixar

suas preocupações de errar e deixaram fluir as suas habilidades e potencialidade que muitas vezes julgavam perdidas. As atividades desenvolvidas ao promover a alegria, e o empoderamento despertou vários idosos para realizar outras atividades. Um feedback importante do trabalho foram os depoimentos de familiares que apontaram melhoria no quadro geral do paciente, elevação da autoestima, melhor comunicação e atitudes mais positivas no ambiente familiar demonstrando mais confiança e amorosidade. A metodologia proposta tem atingido o objetivo do projeto no que concerne da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e com isso espera-se que possa contribuir para diminuir a velocidade do avanço da doença mantendo os pacientes com independência por maior tempo possível. Um ponto bastante importante, mas que necessita de estudos é a melhora que muitos dos pacientes vem apresentando no teste mini mental, avaliados pós grupo pela geriatra. Considerações finais: vários estudos apontam que a intervenção multidisciplinar de estimulação cognitiva de forma combinada ao tratamento farmacológico promove melhora e potencializa o desenvolvimento do paciente reduzindo com isso a velocidade da progressão da DA. Um aspecto importante é a postura profissional que possibilita a compreensão do cuidado numa visão transdisciplinar tendo como pano fundo o afeto e o diálogo como força motriz desta condução. O projeto é inicial, mas verifica-se que tem cumprido os objetivos propostos, mas muito a avançar em termos de melhoria de estrutura, envolvimento de outros profissionais e também a realização de estudos que possam dar maior visibilidade e melhorar essa nova estratégia de cuidado de idosos com DA

NARRANDO AS AFECÇÕES DO CAMPO: O ENCONTRO COM A PARTEIRA RIDENTE

José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva, Emerson Elias Merhy

Palavras-chave: Produção do Cuidado, Redes Temáticas de Atenção, Parteiras, Rede Cegonha

Este trabalho é parte do projeto “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”, tendo o entendimento de que o trabalho em saúde faz parte de uma micropolítica. Propõe processos avaliativos nas redes de saúde, com foco no modo como o cuidado é produzido. Olhando para a Rede Cegonha-RC (PA) vimos considerando que a pesquisa no campo da saúde só ocorre efetivamente quando o conjunto dos protagonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho incorpora-se aos processos avaliativos. Pretendemos narrar as afecções suscitadas a partir de encontros com uma das parteiras de um grupo delas, existente na cidade de Bujarú (PA), município que fica acerca de 72km da capital do estado (Belém), e que tem sua prática inscrita não apenas no que estamos considerando como um “dentro” e “fora” na organização da rede de atenção em saúde daquele lugar, mas também na sua luta no movimento de mulheres do campo e da cidade. Desse modo, estamos traçando o campo a partir de nossas incursões na respectiva cidade, mais precisamente na comunidade de Valverde, lugar onde habita aquela pele que nos afetou e que afetamos, já que nos constituímos pesquisadores in-mundo. Apostando na possibilidade de a pesquisa ir construindo-se no próprio processo de acontecimento, modificando e atuando, abrindo espaço para a experiência, para o exercício de

produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes. Trata-se de sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido e de desinstitucionalização do prescrito, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico. Um movimento permanente de atravessamentos nos territórios que se formam, deformam e se transformam durante os encontros. Em um desses encontros, chegamos até a “parteira ridente” depois de termos percorrido um certo “longe muito longe”, em um ramal da PA140, e a encontramos junto a um grupo de agricultores, para a eleição da nova diretoria da cooperativa. E lá estava ela, como uma das integrantes da chapa que foi proclamada eleita para o novo mandato, e que tinha a sua filha como a presidente da mesma. Naquele momento, nós que a víamos como parteira, vazamos para o acontecimento que ali apresentava-se e nos deixamos invadir por ele, pelas diversas falas em defesa dos interesses daquela comunidade, que a cada momento ecoavam em uma das salas de aula da escola onde estavam reunidos. Após, a acompanhamos até sua casa e, já no caminho, ela foi nos falando de sua história de luta e de cuidadora, percorrendo um caminho entrecortado de árvores frondosas e igarapés cujas águas apresentavam-se cobertas de vitórias-régia, como se fossem um tapete a saudar os visitantes. São muitas as afecções do campo em que estamos imersos, e o encontro com a parteira ridente, sem dúvidas, têm reverberado até hoje. Ela que, sem “nos preparar” para o encontro, improvisou um instrumento musical, conhecido na região como paneiro, geralmente utilizado nas feiras para o transporte de legumes e frutas; sendo o açaí uma das mais comuns. De posse deste, agora, instrumento, nos mostrou como cuida das parturientes que se encontram tristes, “pra baixo”, e que a ordem médica talvez as identificasse como portadoras de depressão. Em seu afã de

produzir vida e cuidado, nos sinalizou, em ato (por meio do seu ato), que o encontro é da ordem do acontecimento. Mas isso nós sabíamos!! Não basta saber! E nisso ela é entendida! Entendida na arte de cuidar, e de “acontecimentalizar”. Ao mesmo tempo em que nós estávamos desejando conhecer o seu fazer, talvez estivéssemos idealizando um modo dela dizer de si e de sua prática. Em algum momento poderia surgir uma cantoria, pois em nosso primeiro encontro, ela apresentou-se como a “cantora” da turma de parteiras, mas não sabíamos de onde e nem quando. Assim, ficamos atentos à sua narrativa, interessados naquela que é tida como parteira, para nós, ridente, da comunidade Valverde. De sorriso largo e de humor contagiante, é atravessada pelas canções e composições que falam da afirmação da mulher em sociedade, suas conquistas e tudo mais. “Quando dei fé” ela já estava em ato, com o paneiro nas mãos, como se fosse pandeiro, cantando e falando com o corpo, do corpo. Por um lado, foi muito bom que ela não tenha nos dado tempo para preparar a luz, a câmera e a ação do fragmento audiovisual aqui pinçado, pois estávamos por demais atentos ao tempo presente, e aquela tarde ensolarada foi um presente! Queremos ofertar o que nos pegou, as nossas pegadas... Desse dia, desse campo, nos coube fisgar um pouquinho desse acontecimento musical e autoral: “Mulher tu sai da cozinha, vamo junto se organizar / Mulher, mulher tu tem valor, não deixa te discriminar / Se o homem chega lá, a mulher também já chegou. - Quando dei fé ela que tava doente, já tava dançando também...”. São encontros assim que têm produzido em nós um modo diferente de olhar para a rede de atenção em suas mais diversas possibilidades de produzir acessos e barreiras. Percebemos que muito embora as parteiras ocupem um “dentro/fora” na rede de atenção, estas não passam despercebidas do que é instituído na RC com a sua política de

visibilidade e invisibilidade, e seguem tecendo novas possibilidades de produção do cuidado, deslocando-se e produzindo deslocamentos dentro e fora da rede. A lógica do acesso ao cuidado na região, que é caracterizada por um vazio assistencial, mas não existencial, também passa pela possibilidade desses enfrentamentos, inclusive, de valorização do que é ser parteira e como isso vai se produzindo. O “longe muito longe”, na perspectiva da parteira ridente e de sua existência, bem como da existência das mulheres grávidas das quais ela cuida, se reduz cada vez mais para um “longe muito perto”, cheio de produção de cuidado e de vida. A organização da RC tem sido pensada, talvez, a certa distância das práticas desenvolvidas por parteiras “ridentes”, e estas, por sua vez, independentemente de serem ou não reconhecidas institucionalmente, vêm tecendo uma potente rede de atenção na produção do cuidado às mulheres, que extrapola o sistema; e que a conexão entre essas redes é algo que urge.

NARRATIVA COMO PERFORMANCE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE - PRÁTICAS INOVADORAS NA FORMAÇÃO PARA O SUS;

Claudia Maria de Lima Graça, Livia Maria Santiago

Palavras-chave: narrativas, performances, formação em saúde, educação,

Nas últimas décadas, experiências de mudanças na formação das graduações em saúde, apontam para o desafio imposto na reorientação do perfil profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, por meio da aproximação da universidade com os serviços de saúde; da concepção ampliada do conceito de saúde; da multiplicidade dos cenários de práticas; e da valorização de modos

diferenciados de aprendizagem. Dessa forma, entendendo o conhecimento como processo em produção, a partir daquilo que decorre da e na experiência do outro em nós e na experiência de nós no outro, este trabalho tem como objetivo geral a análise da narrativa de JC, aluna do curso de Fonoaudiologia da UFRJ, em uma roda de conversa, onde a aluna compartilhou a sua vivência, expondo seus receios em relação às diferenças e desigualdades sociais, trazendo para o centro da roda a atenção às “vidas marginalizadas do ponto de vista dos atravessamentos identitários de classe social, raça, etnia, gênero, sexualidade, nacionalidade, etc” (MOITA LOPES, 2006, p.27). Este trabalho se fortalece na importância da construção de espaços em sala de aula e em outros contextos da formação, na valorização da narrativa como performance e como um tipo de organização discursiva potente no processo de aprendizagem, no qual nos produzimos como seres sociais, pelas experiências que remetam às transformações necessárias ao futuro profissional de saúde. Nos últimos anos, a pesquisa narrativa tornou-se importante nas ciências sociais e em outras. Squire et al. (2014) abordam o quanto a pesquisa narrativa pode ser atraente, e provocam reflexões em relação às possibilidades que o uso da narrativa oferece aos pesquisadores nos mundos sociais, políticos e que envolvam temas em saúde e doença, como também no trabalho, na formação de médicos e outros profissionais da área da saúde e na investigação da narrativa de pacientes. Contexto e a metodologia do trabalho: Os dados do trabalho foram gerados em um campo etnográfico com o grupo de alunos do sexto período, no primeiro semestre de 2014. O contexto da disciplina acontece nos territórios do Instituto Mangureira do Futuro e da Clínica da Família Dona Zica onde a prioridade dos serviços é o morador

do Morro da Mangureira. Os encontros acontecem duas vezes na semana e cada aluno é convidado a construir uma cartografia por escrito, de suas afecções produzidas após os encontros com os usuários, em um desenho que dialogue com os acontecimentos e as afetações do cotidiano do trabalho e da vida (ROLNIK, 2007). O diário cartográfico é utilizado como o suporte para registro das experiências, ao mesmo tempo em que a materialidade da experiência no texto possibilita sua releitura e análise que acontece na roda de conversa. A metodologia de análise proposta, consiste na releitura do diário cartográfico por JC, após a sua ida com o ACS da Clínica Dona Zica, no antigo prédio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse prédio é situado no morro da Mangureira, onde as pessoas vivem em condições precárias. Alguns procedimentos éticos foram tomados, como por exemplo, o pedido de permissão ao aluno participante para que o seu diário cartográfico pudesse ser utilizado para fins científicos e o nome do aluno usado na transcrição é fictício. Com relação à transcrição e à análise dos dados gerados, ressalto, que as considerações e interpretações que teço neste trabalho são inseparáveis das performances que eu mesma enceno, como docente e participante nessa experimentação. A análise aposta na indissociabilidade entre narrativas e performances identitárias como nos aponta Wortham (2000) e Moita Lopes (2006), uma vez que, as narrativas mostram como as pessoas são e agem em um contexto sócio-histórico. Para a análise, utilizo as pistas de contextualização (GUMPERZ, 1998) e as ferramentas de análise dos posicionamentos nas narrativas autobiográficas oferecidas por Wortham (2000). A seguir apresento um fragmento da narrativa escrita por JC: Excerto 01: “Ao subir ao prédio I, visitei alguns apartamentos, porém um mexeu demais comigo. Naquele local mora uma

família, composta pela mãe, a filha que já tem 3 filhos sendo a mais velha com 6 anos, o do meio com 3 e um bebê que na época estava com 4 meses. Além desse bebê, ela estava tomando conta de um outro com 1 mês que havia sido abandonado pelos pais ao nascer. O bebê abandonado não parava de chorar, e então resolvi pegá-lo, e ao acomodá-lo nos meus braços ele se acalmou. A mãe das outras crianças, olhou para a cena, e logo pediu pelo amor de Deus para eu ou alguma das outras meninas, inclusive a ACS levar o bebê. Disse que não tinha como cuidar e alimentar mais uma criança. Eles vivem com lixos e ratos passando a todo momento. Meus olhos se encheram de lágrimas ao olhar aquele ser tão puro e tão abandonado. E com ele no meu colo pensei no carinho que sempre tive dos meus pais, lembrei do meu afilhado, pelo qual sou apaixonada. Os olhos do bebê estavam fixados aos meus, sentia que ele queria ajuda, como se estivesse se comunicando comigo.” JC enquadra os personagens com os quais interage, expressando a referência de como as pessoas no contexto são responsáveis pelos significados gerados. Ela posiciona-se nas palavras escritas, que como mulher, questiona a performance observada no outro, fazendo uma reflexão sobre os conhecimentos existentes sobre o desempenho da feminilidade, em particular, da função materna. Posiciona-se na função de filha para descrever suas lembranças na interação com os pais e exemplifica a importância do vínculo, descrevendo a sua posição como madrinha, onde adiciona verossimilhança ao evento. Outro dispositivo usado por JC para se posicionar na narrativa é o uso de verbos e formas verbais que descrevem a sua interação afetiva com o outro. JC retrata mundos diferentes: o mundo da sua vida privada, onde as mulheres exercem a função materna com vínculo, proteção e cuidado e do mundo que está conhecendo, onde as

mulheres não exercem as funções maternas esperadas. A participante se coloca aos seus interlocutores como alguém que tem ciência dessa contradição. JC descreve o encontro como um espaço aberto a uma produção no campo das relações de poder, nos quais os conhecimentos técnicos específicos da área da saúde já sabidos, dialogam com saberes que emergem do campo da ação, no ato, com o outro, no contexto interacional. Dessa forma, entendo que o uso da narrativa na formação, contempla os sujeitos em seu contexto sociocultural, político e histórico e, ao mesmo tempo, engaja-se em práticas interrogadoras de seu próprio fazer teórico, como modo de recontar as formas de conhecer e compreender a vida social. Nesse trabalho a força das narrativas, a importância delas para o desenvolvimento pessoal, cultural, social, ético, político, etc. na perspectiva da formação é de extrema relevância para profissionais comprometidos consigo, com o outro, com os seus agires nas sociedades em mutação. Percebo o quanto esse tipo de metodologia enaltece a interdisciplinaridade e mostra o quanto a utilização das narrativas e da construção dos diários cartográficos, no contexto da formação em saúde, tem contribuído para mudanças dos participantes, docentes e alunos, através das conversas, oriundas das situações imprevistas, desconhecidas e novas, que demandam um novo modo de produzir conhecimento.

NOVA ESTRATÉGIA DE TREINAMENTO NA HANSENÍASE EM MATO GROSSO DO SUL (BRASIL)

Marli Marques, Eunice Atsuko Totumi Cunha, Cleide Aparecida Alves, Luis Carlos Oliveira Junior

Palavras-chave: Treinamento em serviço, Hanseníase, Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO: O estado é classificado como área de alta endemia na hanseníase (HS), porém com distribuição heterogênea: 30% dos municípios com níveis hiperendêmicos, 10% com baixa endemia ou silenciosos e 60% com níveis endêmicos elevados. A fim de implementar o controle da endemia optou-se pelo treinamento em serviço a fim de favorecer maior frequência de médicos. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados dos treinamentos em serviço na HS desenvolvidos entre 2010-2014 nos municípios sul-mato-grossenses. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizaram-se treinamentos em serviço com uma média de 5 semanas/ano, com custo médio/semanal R\$10.000,00 atingindo 77/79 municípios ao final de 5 anos. A Secretaria de Estado de Saúde (SES) organizava os treinamentos, convidada os monitores, garantia deslocamento ao município, executava as ações de capacitação, efetuava pagamento de despesas e registrava e retroalimentava os serviços e instâncias parceiras. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) escolhia o local das atividades teóricas e práticas, convidava os profissionais, clientela a ser examinada. Os treinamentos incluíam levantamento do conhecimento sobre a doença (pré-teste) e repasse de conteúdo teórico e posterior atendimento da clientela pelos monitores e com os treinandos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, bioquímicos, biomédicos, outros técnicos de nível superior envolvidos na atenção aos doentes com hanseníase e técnicos de nível médio). A ONG (Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos – DAHW) garantia as despesas do monitor oriundo de São Paulo (ILSL), recebia os consolidados e divulgava no site as matérias elaboradas pela equipe de monitores, ao final de cada semana de treinamento. **RESULTADOS:** Participaram de aulas expositivas 4.134 TNS e TNM (técnicos de nível superior e nível médio) e nas

palestras e roda de conversa 971 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e comunidade. Participaram da aula prática 1.715 profissionais: 690 enfermeiros, 339 médicos, 159 fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais, 117 farmacêutico-bioquímicos-biomédicos, 84 TNS de outras categorias e 320 TNM (ACS, de enfermagem e laboratório). Realizaram-se 1.532 atendimentos, onde 699 eram contatos de HS (45,6%). Entre todos os atendimentos confirmaram-se 362 casos novos (25,4%), sendo 39 PB e 323 MB (89,3%). Deste universo, 23/362 eram menores de 15 anos (6,4%) predominando neles formas MB 10/23(43,5%). Confirmaram-se nos contatos 258/699 casos novos (36,9%). Entre 112 atendimentos foi indicado retratamento além de conduta para 136 pacientes em surto reacional. A pesquisa de BAAR foi realizada em 208/1.532(13,6%) atendimentos permitindo ajustes na técnica. Diagnosticaram-se casos em crianças entre 16/79 municípios (20,2%) e entre 14 trabalhadores da saúde em 14/79 municípios (17,7%). Além dos resultados observou-se incremento nas notificações: a partir dos treinamentos, os profissionais passaram a buscar e examinar ou reexaminar os contatos. Esta rotina implementou a notificação de casos novos entre 26 municípios (44,0%), com incremento variando de 10,0% a 450,0%, representando 7,9% para os municípios treinados e 3,5% para Mato Grosso do Sul. Houve também melhoria no exame de contatos: os percentuais de exame de contatos em nível estadual referente a 2008, 2009 e 2010, avaliado no primeiro semestre do ano posterior, e avaliado no primeiro trimestre de 2012, mostrou melhoria dos percentuais em 21 municípios em 2008, em 14 municípios em 2009, e 37 municípios em 2010. Também foram observadas melhorias na rotina laboratorial: as supervisões realizadas nos laboratórios dos 27

municípios mostraram a utilização da técnica de coleta, coloração, corante e leitura de acordo com a técnica orientada durante treinamento que está padronizada pelo Ministério da Saúde desde 2009. Houve incremento em 2012 do número de municípios que passaram a enviar lâminas ao LACEN-MS para o controle de qualidade (37% - 2011 e 50% - 2012). Acima de tudo, e ainda mais relevante, observou-se melhoria na atenção aos doentes: através das supervisões realizadas em 2011 e 2012 (16 e 36 municípios) tem sido verificado nas localidades que dispõe de fisioterapeutas/TO treinado, que houve sensível melhoria, com incorporação destes profissionais na avaliação físico funcional dos doentes, tanto no diagnóstico quanto na cura, bem como na prevenção e recuperação de incapacidades físicas. **CONCLUSÕES:** A responsabilização do município na organização e uso da logística local favoreceu ampla participação dos profissionais, prioridade a uma doença negligenciada, maiores resultados em vista dos baixos custos para cada parceiro. A participação de diferentes categorias profissionais no atendimento e assistência ao doente supera outras metodologias. Tanto por favorecer a assistência multiprofissional e entrosamento como pelos benefícios diretos aos pacientes. A elevada frequência de casos novos diagnosticados em adultos e crianças e manejo dos surtos e reações não atendendo ao protocolo do Ministério da Saúde e a Portaria 3125, de 07 de outubro de 2010, que contemplam normas e rotina para o controle da HS no país. Situação gerada pela falta de atualização dos profissionais, insegurança dos médicos no diagnóstico clínico e extrema dependência de exames laboratoriais confirmatórios, que além de retardarem o diagnóstico mantinha a transmissão entre contatos. O uso racional dos recursos financeiros, maior cobertura da população, amplos benefício para a

saúde pública e para a comunidade foram reconhecidos pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul com o Prêmio de Gestão Pública/2012, na modalidade Prática Inovadora da Gestão Estadual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considero-se esta estratégia como inovadora por ter aproximado um serviço de referência nacional às necessidades da população e dos profissionais sul-mato-grossenses que careciam de apoio para problemas de todas as ordens, mas principalmente os mais complexos. A possibilidade de discussão e solução de suspeita de resistência medicamentosa entre casos atendidos, cuja tecnologia encontra-se disponível no Instituto Lauro de Souza Lima/SP que é uma referência em Hanseníase para a América Latina mostrou-se acessível a nossa população e de conhecimento dos profissionais do Estado. Esta nova estratégia de treinamento em serviço, cuja proposta era inicialmente examinar os contatos de HS, foi ampliada para pacientes já tratados e apresentando queixa. A partir dos treinamentos foi possível conhecer a situação das ações de controle da HS nos municípios, além de suprir uma fragilidade dos serviços em relação ao baixo número de exame de contatos, apoiar os profissionais que acompanhavam os doentes já tratados apresentando surtos reacionais, bem como o cuidado com as seqüelas decorrentes da doença. A população compareceu e aceitou ser atendida em regime de treinamento, teve oportunidade de compartilhar suas queixas seja pela falta de diagnóstico da doença, tratamento equivocado sem melhora, manejo de intercorrências pouco adequados, pouco interesse no atendimento e baixa qualidade da assistência recebida. Esta estratégia buscou atingir principalmente os profissionais médicos, colocando-os diante da realidade, com o propósito de capacitá-los frente a uma doença endêmica em nossa região, preparando-os para

atender os casos de forma mais segura e seguindo o protocolo, em vista da pouca experiência dos médicos no atendimento desta patologia durante sua formação. Os pacientes com HS necessitam ser assistidos por uma equipe multiprofissional, desempenhando ações complementares, cujo treinamento possibilitou esta integração e valorização da atuação de cada profissional. Este trabalho favoreceu o desenvolvimento de ações onde os gestores estaduais e municipais não desejavam novos diagnósticos, a comunidade não deseja ter a doença (estigma e preconceito), as equipes de saúde queixam-se da demanda gerada devido às intercorrências como surtos, reações, sequelas e necessidade de acompanhamentos frequentes. Todos estes aspectos foram amplamente discutidos enfatizando o tratamento como única forma de evitar novos casos, que o problema existe e não deve ser negligenciado.

O COMPARATIVO DE DUAS EXPERIÊNCIAS: ESTÁGIO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VERSUS HOSPITAL GERAL PRIVADO

Claudia da Cruz Paris, Carol Lanne Moura, Joana D'arc Alves da Silva, Flavio Sampaio David

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Educação Continuada, Terapêutica

APRESENTAÇÃO: trata-se de um relato da experiência de comparação qualitativa de duas realidades distintas: a de uma Unidade de Atenção Básica (UBS) do Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, especificamente na sala de curativos desta, e em um hospital particular de grande porte de média e alta complexidade, no CTI. A comparação do conjunto das duas vivências despertou a atenção, haja vista

as disparidades no tocante aos recursos materiais para a realização de curativos de qualquer natureza. Tem por objetivo trazer novamente à tona o conceito de saúde, como “direito de todos e dever do Estado”, como bem define a Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu Art. 196, além de proporcionar uma reflexão sobre as disparidades entre serviços de saúde públicos e privado brasileiros. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No primeiro executamos curativos em pacientes acometidos prioritariamente de úlceras venosas ou arteriais. Tais curativos são realizados em uma sala de curativos da UBS, que conta com uma maca, uma pia (tanque), armário de medicações. Quanto ao material utilizado nos curativos, dispõe-se de: pomada Colagenase, Ácido Graxo Essencial (A.G.E), pomada Acetato de Betametasona 1mg/g, pomada Sulfato de Neomicina 5mg/g + Bacitracina Zíncica 250 UI/g, pomada Uréia 10%, Soro Fisiológico 0,9%, solução tópica PVPI (IODOPOVIDONA) 10%, Sulfadiazina de Prata 1% 10mg/g, ataduras de crepe, gazes estéreis, compressas cirúrgicas estéreis, luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas, luvas estéreis. Todos os materiais em quantidade reduzida. Não se dispõe de campos estéreis, capotes, bandejas, cubas, toucas cirúrgicas, óculos de proteção. O ambiente é bem precário, com paredes de azulejos pintadas em péssimo estado de conservação. A sala é pouquíssima ventilada e não conta com sistema de ar-condicionado. O tanque utilizado para proceder à lavagem com soro fisiológico das feridas de todos os pacientes e o papel que envolve as luvas estéreis é utilizado como forma de proteção para que os pacientes apoiem o membro a ser higienizado. Em nenhum momento é feita a limpeza ou desinfecção das superfícies contaminadas de todos os curativos realizados. Embora esta exposição, neste caso, se dê numa curta duração de tempo,

ela é diária e prejudicial, pois não respeita os preceitos básicos de biossegurança nem de controle de infecções. Os curativos são feitos o mais rapidamente possível, pois a demanda é relativamente grande (em média 15 pacientes no período que vai de 8 – 12h). Com exceção das orientações fornecidas pelas acadêmicas, não se presenciou nenhum tipo de informação disponibilizada para cada paciente, individual ou coletivamente, bem como o direcionamento destes para tratamento clínico de comorbidades ou necessidades nutricionais necessárias para uma melhora eficaz dos quadros de úlceras. Quanto aos medicamentos utilizados, conta-se, como descrito acima, com estes materiais, porém o que mais nos chamou a atenção foi a utilização indiscriminada da pomada Colagenase, um desbridante enzimático, em praticamente todas as lesões, e a mistura desta com o A.G.E. (ácido graxo essencial). A profissional da unidade, quando questionada do porque de tal procedimento, simplesmente não soube explicá-lo. Além disso, esta mistura é aplicada e toda a região da ferida, não lançando mão de critério para esta administração medicamentosa, o que evidencia a falta de conhecimento sobre a mesma, bem como a falta de uma supervisão de enfermagem presente ou de educação continuada. Qualquer outro tipo de recurso material, como por exemplo, compressas de carvão ativado, ou botas de Unna, são adquiridas com recursos dos próprios pacientes, não estando disponíveis no serviço para estes, os quais contam com reduzido poder aquisitivo. Em contraponto, vivenciamos a realidade de um hospital de grande porte, privado, de atendimento em nível de média e alta complexidade, especificamente no CTI. No ano de 2011 a instituição recebeu pela segunda vez o certificado da Accreditation Canadá e pela ONA em nível III de excelência. O hospital conta com recursos de última

geração para a prevenção e tratamento de feridas, como por exemplo, o sistema de proteção de cutânea Cavilon™. Também dispõem de recursos como os curativos Tegaderm™ CHG e Tegaderm™ (Fixadores de Cateteres com e sem Clorexidina), Adaptic®, o Sistema de Terapia Integrada V.A.C.®, que fornece pressão negativa para o tratamento de feridas. Os recursos disponíveis supracitados são somente para exemplificar a qualidade e o acesso dos pacientes às tecnologias em termos de coberturas e curativos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Não pretendemos comparar ou equiparar os níveis de atenção à saúde, nas suas diversas complexidades, mas sim, trazer à baila questões como a possibilidade positiva de vivenciar duas realidades tão antagônicas, situadas em unidades de saúde de municípios vizinhos e tão próximos. No que diz respeito à saúde como direito, vemos que, uma parcela privilegiada da população tem um nível de atendimento e acesso a estas tecnologias de forma muito eficaz, a saber, a atendida na unidade privada, enquanto que, a despeito do direito, outra parte menos privilegiada, tenta sobreviver com o que a unidade pública disponibiliza, muitas vezes, a título de caridade. Para nós acadêmicos o resultado da experiência no todo foi bastante positivo, pois nos permitiu refletir, questionar problematizar as situações. De um lado, um público que tem acesso a dispositivos de última geração para tratamento de feridas. Do outro, um público carente, que não tem suas necessidades de saúde atendidas pelo órgão público que deveria supri-las. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em ambos os casos, percebemos as experiências como de suma importância para o exercício da profissão, tendo em vista que estas realidades representam campos de trabalho e estudo reais, que expressam exatamente a disparidade existente no sistema de saúde brasileiro. Não podemos deixar pensar na questão social envolvida,

quando a enfermagem, profissão que historicamente contempla o atendimento e o cuidado visando o bem estar do cliente, e não tendo sua posição social como pré-requisito para uma boa execução dos deveres práticos, representa categoria de trabalho predominante em todos os níveis e serviços de saúde, além de ser parte primordial integrante da equipe multidisciplinar de saúde, trabalhando na promoção, prevenção e manutenção da saúde da população, por meio do atendimento, do cuidado de qualidade e da educação em saúde e buscando assim, cooperar para a diminuição das desigualdades e exclusões.

O CUIDADO A PARTIR DO ENCONTRO: O OLHAR DO RESIDENTE SOBRE O COTIDIANO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO II

Ivanice Jacinto da Silva, Analine de Souza Bandeira Correia, Maria do Socorro Gomes Campos Mendes, Bárbara Gregório Gouveia, Lenilma Bento de Araujo Meneses, Valéria Leite Soares, Talitta Dantas de Arruda, Jordane Reis de Meneses

Palavras-chave: Saúde mental, cuidado, Residência Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: Durante três meses de vivências diárias em um Centro de Atenção psicossocial na Paraíba, um grupo de quatro residentes com formação em Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional, cobertas pelo desejo de conhecer e aprender o universo da prática em saúde mental, assim como, construir coletivamente estratégias de cuidados direcionadas a população, mergulharam no campo das relações, utilizando os recursos do ouvir, sentir, falar e olhar em direção ao outro. Atualmente existem vivências no campo da saúde que sugerem a reorganização dos processos de trabalho

de forma que estes ofereçam novos modos de agir com os usuários resignificando essa relação. Construindo nos serviços, espaços que viabilizem o desenvolvimento de práticas acolhedoras, que possam garantir a escuta e a fala nas relações assistenciais e de cuidado. Utilizando-se do vínculo e das relações de confiança para proporcionar o empoderamento do usuário, contribuindo para o desenvolvimento de sua autonomia e independência e possibilitando que ele seja o protagonista do cuidado (FRANCO, T.B.; MERHY, E.E., 2005). FRANCO e MERHY (2005) reforçam que essa nova conduta é possível à construção de um modo de agir, que sugere um processo de trabalho que contribua para o empoderamento das relações em equipe e apostem em uma rede solidária de conversas, proporcionando o encontro de saberes e práticas para a construção de um novo ideário voltado para o cuidado em saúde. Propor o encontro entre os trabalhadores/trabalhadores e trabalhador/usuários em um sistema público de saúde, que esta dentro de um modelo de sociedade capitalista, o qual caminha para a descaracterização do humano e contribui para uma atribuição de valores das pessoas, não consiste em uma tarefa fácil, prova disso são os desafios identificados com muita facilidade nos serviços de saúde. MERHY (1998) destaca que apesar dos avanços das tecnologias de cuidado, os usuários se sentem inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados, desprezados, como se os serviços de saúde não tivessem interesse por eles e seus problemas. O modo como atualmente opera as lógicas de poderes políticos, técnicos e administrativos fortalecem e valorizam as tecnologias leves/duras e duras, partindo dessa realidade surge a necessidade de se investir em novos espaços de relações, entre os atores envolvidos para a ampliação dos modos de produzir saúde, de forma que haja a valorização e operacionalização de

tecnologias leves e que as necessidades do usuário sejam o eixo norteador da produção do cuidado (FEUERWEKER, 2014). De forma geral no campo da saúde há a necessidade de aproximar e potencializar os encontros entre o trabalhador e os usuários, para que a efetivação do cuidado de fato aconteça. Na atenção a saúde mental superar os entraves proporcionados pela as micropolíticas, pelo modo tradicional de atenção em saúde e o modelo de psiquiatria que resistiu durante anos no Brasil, é ainda mais complexo, tendo em vista que o usuário da rede de saúde mental recebe da sociedade um perfil que não respeita a sua subjetividade, singularidade, capacidade crítica e a condição de cidadania. Nesse contexto, investir na tecnologia das relações e refletir sobre o encontro com esses sujeitos é imprescindível para lhe perceber e identificar suas reais demandas, assim como construir de acordo com suas necessidades as ações de cuidado. O presente trabalho tem a intenção de compartilhar e refletir sobre momentos/vivências de residentes no cotidiano de um CAPS II, apresentando a dinâmica do serviço, com destaque para o uso das tecnologias leves que envolveram trabalhadores, gestores, usuários e residentes, a fim de evidenciar algumas fragilidades e potencialidades referentes à construção do cuidado a partir do uso dessa tecnologia. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba teve início em março de 2015, este conta com a participação de vinte residentes que se distribuem em cinco grupos de quatro profissionais, entre os vários dispositivos de atenção psicossocial dos municípios de João Pessoa e Cabedelo na Paraíba. Dentre as estratégias de avaliação da evolução do residente ao longo do curso é utilizado o Portfolio, os residentes também fazem uso do diário de campo, estes instrumentos

contribuíram para a construção desse trabalho, assim como a reflexão coletiva do grupo que participou da prática ao longo de três meses em um CAPS II, nesse cenário o grupo de quatro residentes realizou atividades durante a semana, de segunda à quinta feira, em turno integral e participaram de todas as atividades que compunham a rotina do serviço, tendo a oportunidade de se aproximar dos diversos atores atuantes nesse cenário. Resultados: O CAPS II tem uma rotina bem estrutura de funcionamento, todos os dias exceto a terça-feira existem as consultas médicas pela manhã, nos horários de consultas a demanda tende a ser maior, e há uma concentração de atividades na farmácia, antes da chegada dos usuários a equipe já começa a organizar a casa, na cozinha é feito o café da manhã, na administração todos se dedicam para fazer os registros dos procedimentos, construir licitações, memorandos, relatórios, requerimentos e toda essa burocracia que compõe os serviços de saúde e que são necessários para manter, regular, monitorar e dar seguimento as ações de saúde. Na recepção os usuários, familiares e visitantes são acolhidos, é também registrada a presença no serviço, ao longo do dia se faz o bom dia, as oficinas, os lanches, o boa tarde, visitas domiciliares, matriciamento, escuta, triagem/acolhimento, além da organização de eventos. A partir da observação sobre o cotidiano se percebeu que em detrimento da precariedade de recursos materiais por vezes utilizamos como principais ferramentas para prática as tecnologias leves como o acolhimento e a escuta. No cotidiano, vivenciamos situações que evidenciam o surpreendente poder das tecnologias leves que superam o uso de ferramentas de alta complexidade no campo da saúde mental e o modo como essa tecnologia faz com que o próprio sujeito crie mecanismos de superar os problemas do cotidiano, potencializado a sua capacidade de ultrapassar dificuldades

e o desenvolvimento de sua autonomia. Em contrapartida a construção do vínculo e o fortalecimento das relações interpessoais nos fazem se colocar no lugar do outro de forma que o profissional pode vir a estabelecer transferências negativas para com esse usuário, chegando ao ponto de construir condutas pautadas em juízos de valor, ou até tendendo tutelar o sujeito, assumindo a responsabilidade sobre o cuidado do outro. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que a produção do cuidar a partir do encontro direcionado pelo uso de tecnologias leves apresenta aspectos positivos e negativos, haja vista que, quando dois humanos se encontram, independente de seus papéis, há trocas que vão interferir de forma direta ou indireta na produção do cuidado, tais como a promoção ou privação de autonomia do outro, a adesão ou não das terapêuticas, dentre outras. Nesse sentido se percebe a necessidade de que o trabalhador (a) da saúde faça a reflexão constante sobre suas práxis, possibilitando a avaliação/reavaliação e mudança de prática com o intuito de se aproximar de um modo de cuidar que atinja não só os pressupostos da lei da reforma psiquiátrica, mas que também aborde a dimensão subjetiva de cada cidadão que busca cuidado nos dispositivos da rede de atenção psicossocial.

O DESPERTAR DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DAS PROFISSIONAIS MATRICIADORAS DO DISTRITO DE SAÚDE SUL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS/AM

Luciana Diederich Nunes Pessôa, Ágata Karolinne Fonseca Motta

Palavras-chave: Apoio matricial, rede psicossocial, cuidado, território

APRESENTAÇÃO: Manaus é uma

cidade atípica em diversas áreas, sua biodiversidade, sua cultura, sua economia, sua geografia e tantos outros segmentos que fazem dela o que é. Já o seu modo como encara a loucura, talvez seja bem parecido como em outros Municípios, mas de uma coisa sabemos que a loucura ronda a cidade, muitas vezes a procura de espaços, de lugares de pertencimento e não os encontra. Possuímos poucos dispositivos substitutivos ao hospício, que ainda funciona como emergência, a única do Estado. A rede de atenção psicossocial não se apresenta coesa, nem tampouco presente nas ações do cuidado comunitário está pautados na Reforma Psiquiátrica italiana, que numa visão macro, concebe como alternativas outros serviços sem ser o hospício, ao invés da reforma francesa que trabalha a nível micro, o que poderia representar uma forma mais eficaz, haja vista que trabalham os sujeitos e suas representações sociais da loucura, campo propício a acolhida do sujeito em sofrimento, onde quer que ele vá. Atualmente, contamos com três Centros de Atenção Psicossocial-CAPS no Município, com modalidades distintas, um (01) infantil, e dois (02) adultos, sendo um (01) na modalidade II e um (01) na modalidade III, para uma população de aproximadamente dois milhões e oitocentos mil, contamos também com outros serviços de saúde mental, que se configuram em serviços de policlínicas, a nível ambulatorial. A cidade está dividida por cinco distritos (sul, norte, leste, oeste e rural), o que remete a ideia de uma grande área descoberta por serviços que contemplem a realidade na saúde mental, pois ainda não atingimos a rede de atenção primária, incorporando-a na rede psicossocial. Desta forma, iniciamos o que denominamos matriciamento em saúde mental, por possuímos um CAPS no distrito sul da cidade, vimos como campo promissor agregar outros serviços, a princípio os de saúde, na atenção primária, com a

intenção de que os usuários do serviço de saúde mental pudessem ter um cuidado no próprio território, este espaço vivo de trocas e relações. Parece que estamos inventado a roda, mas é fato que não, isso já acontece em outros Estados, porém para nós é um acontecimento recente, fruto de conquistas na luta contra um atendimento segregador. Considerando a definição de matriciamento, segundo Chiaverini et al (2011) como sendo um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Assim este relato baseia-se na experiência das profissionais matriciadoras do distrito de saúde sul, atividade desenvolvida pela técnica responsável pelas ações da rede de atenção psicossocial do distrito sul juntamente com a psicóloga do CAPS Sul, a fim de conhecer o território onde os sujeitos estão inseridos, ampliando e garantindo o atendimento da rede, através da identificação de parcerias nas estratégias saúde da família, especificamente estabelecer contatos com os atores envolvidos no cuidado em comunidade e firmar pactos para construção de projetos terapêuticos singulares, que favoreçam o protagonismo social. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Iniciamos nossa trajetória em julho de 2015, quando na ocasião realizamos encontros com as Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de nos apresentar e divulgar o apoio matricial de saúde mental, que começaria suas atividades no mês seguinte, antes disso já realizávamos visitas domiciliares advindas de demandas da gestão, da secretaria e de outros profissionais, assim buscamos esclarecer a proposta com base no fortalecimento da nossa rede psicossocial. Estes encontros tiveram como público alvo: profissionais de quinze Unidades Básicas de Saúde, duas Policlínicas Municipais e cinquenta e uma unidades Estratégias Saúde

da Família, totalizando 68 profissionais participantes dos encontros. Desenvolveu-se atividades de visitas às unidades conforme demandas, e em conjunto com a equipe realizamos visita domiciliares aos usuários, na tentativa de construir uma rede de cuidado. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Nossas ações nos conduzem às reflexões cotidianas do praticar o matriciamento, inquietações e questionamentos do que nos propomos a executar, questões, como: Estamos no caminho certo? Isso é matriciamento? Quando conseguiremos uma rede unida e fortalecida? Será que o que estou tentando transmitir está sendo compreendido dentro da lógica do cuidado no território? E tantas outras questões que são suscitadas. O resultado que queremos apresentar são estas inquietações que nos conduzem a fazer o melhor, o exequível, com compromisso e responsabilidade. E nesse percurso já encontramos parceiros, como também encontramos resistência dos que ainda estão tradicionalmente acostumados a promover a saúde no viés de sua ausência. De acordo com Chiaverini et al (2011) o matriciamento vem justamente desconstruir esse conceito tradicional por constituir-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. Esse pode ser o impacto desejável, o de arquitetar novo cenário nos serviços e na comunidade e formular novas formas de viver e de coexistir, para além dos muros invisíveis dos preconceitos e estigmas. Ressaltamos a contribuição direcionada ao profissional, enquanto matriciador, no que diz respeito ao impacto sobre sua prática, constantemente revista para um fazer despido de julgamentos, numa visão inovadora, pelo menos aqui em Manaus. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Romper com o estigma da loucura não é tarefa fácil, “tratar” essa loucura dentro de um recinto sempre foi mais confortável, o desafiador

é colocá-la para fora, nas residências, nas ruas, nas comunidades e onde ela quiser ir. Reconhecer o que é próprio do sujeito, mesmo que isso cause estranheza, aos olhos de quem vê, pois tudo depende do ponto que visualizamos e existem vários ângulos que ainda não testamos. Adentramos outra dimensão do cuidado, estamos na atenção primária e levar saúde mental para este local é tarefa primordial para vislumbrar a vida fora das instituições, porque tirar o sujeito do hospício foi relativamente rápido, mas tirar o hospício do sujeito pode levar mais tempo do que imaginemos. O que apresentamos até este momento, podemos denominar de fase embrionária do apoio matricial? Não sei. Talvez seja o meio possível de realizarmos esse encontro da saúde mental com a atenção primária, sem estar centrado no aspecto biológico, porém em nuances da vida cotidiana das pessoas. Fundamental é desaprendermos tudo que pensávamos saber sobre a loucura para aprendermos a viver com ela, e por que não? Reside neste tópico à relevância desta experiência, como elemento de aprendizagem constante tanto profissionalmente como pessoalmente, reconhecendo as diferenças dos sujeitos e aprendendo a conviver com elas, numa dialogicidade entre os protagonistas desta história.

O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL DO PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ronaldo José da Silva, Ednéia Albino Nunes Cerchiar, Antônio Sales

Palavras-chave: cuidado intensivo, enfermagem, hospitalização, internação hospitalar

APRESENTAÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar

que demanda cuidados a pacientes críticos com risco de morte, que são recuperáveis. Todavia, são pacientes altamente complexos, que necessitam de supervisão contínua por uma equipe qualificada (GOMES, 1988). As equipes de enfermagem de UTI percebem a unidade como um lugar onde vidas frágeis devem ser diligentemente monitoradas, cuidadas e preservadas. Já para os pacientes e seus familiares daqueles que estão admitidos na UTI, à unidade, é percebida como um sinal de morte iminente, isso com base em suas experiências pessoais anteriores ou nas experiências dos outros. (MORTON et al., 2007). Dessa forma, faz-se necessário um dispositivo mediador de esclarecimento tanto para o paciente, quanto para os seus familiares, objetivando minimizar as tensões e sofrimento enfrentados por estes sujeitos. Segundo Morton et al. (2007), a enfermagem pode ser ancorada como “ator protagonista” de um ambiente restaurador, oferecendo informações que permitirão estabelecer uma relação de confiança entre os que ali estão o que possibilita que os mesmos expressem seus sentimentos, tirem suas dúvidas e recebam orientações a respeito do ambiente desconhecido que fará parte de suas rotinas durante a internação de seu ente. Logo, o objetivo deste estudo é relatar a experiência do enfermeiro como um prestador de orientações a familiares de pacientes de UTI, atuando como um mediador fundamental na assistência integral do paciente. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Aqui, tem-se o relato da experiência de uma prática de orientação de enfermagem realizada com familiares de paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Vida (HV) de Dourados/MS. A estratégia de orientações de enfermagem aos familiares de pacientes internados na UTI foi instituída com o intuito de auxiliar esses, em busca de mecanismos mais adequados de enfrentamento a

mudança de ambiente no qual seu familiar se encontra, principalmente, na manutenção do equilíbrio e redução dos sentimentos de medo, pânico e crença de que o estar na UTI aproxima-se com o risco de morte. O HV é referência de qualidade na assistência à saúde em média e alta complexidade para situações de urgência e emergência, especialmente condições de traumatologia, abrangendo toda macrorregião da cidade de Dourados com uma cobertura 100% do Sistema Único de Saúde (SUS). Em se tratando da linha de traumatologia, o HV conta com o Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Pediátrico, Ortopedia, Internação, Centro Cirúrgico, Semi-UTI e UTI. A UTI possui 10 leitos. Esses são destinados a pacientes que necessitam de assistência nos períodos pré e pós-operatório, pacientes da clínica médica e ortopédica, bem como para pacientes que necessitam de isolamento, com predomínio de pacientes em condições de traumatologia. Os familiares não permanecem com seus entes no hospital, a visita é permitida apenas uma vez por dia, entre as 16h00 min e 16h30 min. Sobre a prática de orientações de enfermagem desenvolvida, essa teve início para a UTI do HV no ano de 2009, permanecendo até 2010 – período em que estive vinculado a essa instituição. Ela era realizada pelo enfermeiro responsável da UTI, uma vez ao dia, de segunda a sexta, no período compreendido entre 10h00min até 10h30min. A atividade contava com no máximo três familiares de cada paciente por dia, era realizada na recepção do hospital em um local aberto, porém restrito. As orientações fornecidas eram sobre a rotina do setor da UTI, condições em que se passavam os entes, horário de visita, dinâmica do trabalho da UTI, possível prognóstico e boletim médico. Impactos: No seu âmbito profissional, a enfermagem tem por essência o cuidado com o ser humano. Para Boff (2005) “cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro,

acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. não é a razão analítica-instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o espírito de finesse (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o logos (razão), é o pathos (sentimento), que ocupa aqui a centralidade” (p.31). Em concordância, Daniel (1981) traz que a atenção de enfermagem não consiste somente em ministrar cuidados ao doente, mas também se estende às pessoas carentes de orientação e de intervenção direta na prevenção de doenças. Portanto, com a realização das orientações, um dos resultados mais evidentes é a diminuição do medo e da ansiedade. Há também a desmistificação que envolve a UTI e a formação de um vínculo especial com pacientes e familiares no desenvolvimento de uma relação de confiança. Desse modo, o enfermeiro, durante as orientações, é o mediador entre a UTI, paciente e familiar. Esse profissional deve ter empatia e esforçar-se para minimizar a ansiedade dos envolvidos. As questões mais frequentes encontradas por esse profissional são: O ente vai morrer ou não? Quanto tempo vai ficar hospitalizado? Vai ter sequelas? As limitações serão permanentes ou não? Para a recuperação do paciente, da família pode vir grande contribuição. Mas, para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu ente, sendo informada de modo preciso, com prudência e empatia sobre as condições em que se apresentam seus entes. Por isso, é importante criar um ambiente acolhedor, uma estrutura de confiança entre a equipe da UTI, neste caso representada pela pessoa do enfermeiro, o paciente e seus familiares. Então, considera-se necessário e fundamental a ênfase no diálogo - um diálogo coletivo, que envolve

não só a equipe e o paciente, mas também seus familiares, de modo a estabelecer uma relação terapêutica entre os pacientes e seus familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com esse relato de experiência, conclui-se que: mais importante do que as informações trocadas durante um processo de orientação, é a condição de confiança que se estabelece entre o enfermeiro e o familiar do paciente de UTI – a construção de uma relação sólida, considerando imprescindível a estruturação de um espaço para que se possa refletir a importância da participação da família no desenvolvimento da terapêutica de seus entes como promotora na recuperação da sua saúde. Essa experiência mostrou que o enfermeiro deve estar atento aos vários fenômenos que ocorrem ao seu redor e que, mesmo inserido em um contexto onde a valorização do tecnológico é muito evidente, a dimensão do relacional não pode ser posta de lado e nem ao menos minimizada, mas elevada ao mesmo patamar das outras tecnologias encontradas em um ambiente como a UTI. O cuidar, portanto, é uma prática complexa e por isso não pode ser considerada como um ato de técnicas, práticas e tecnologias, separadas da intensa problemática de saber lidar com outro ser humano (HORTA, 1979).

O LUGAR DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Sandro Ramos Paiva, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde, Formação em Psicologia, Medicalização da Criança

APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE: Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e Apoio Técnico ao Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), realizado

por alunos do estágio supervisionado em Psicologia Social e Comunitária da Universidade Federal da Grande Dourados. Quando se verificou o contexto da criança no espaço da Estratégia da Saúde da Família (ESF), percebe-se que elas estão dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), juntamente com seus pais que procuram o atendimento médico. Algumas dessas crianças estão sentadas nos colos de seus pais, estão chorando e outras ficam correndo de um lado ao outro, fazendo algazarras comuns a infância. Também se verificou que elas procuram a UBS para receberem os cuidados em saúde. Essas crianças estão, geralmente, sobre cuidado de pessoas responsáveis, sejam seus pais ou cuidadores. É com essa dicotomia – medicação e medicalização –, que este trabalho se (pré)ocupa: compreender que subjetividade se forma neste ambiente. À medida que o sujeito se relaciona com o outro e com o ambiente vai se construindo uma subjetividade sadia (ou não). Segundo Vygotsky (1996), todo o desenvolvimento cognitivo se dá por meio da interação social, ou seja, de sua interação com outros indivíduos e com o meio. Nas vivências como estagiário de Psicologia percebemos que há dezenas de crianças brincando nas UBS e esta presença sequer é notada, visto que o que se prioriza é, segundo nossas observações, a doença do adulto. Na UBS em que nos encontramos há duas equipes atuando sendo que essas crianças são pouco acolhidas. A criança depende da estrutura social, visto que todas as relações subjetivas estão totalmente relacionadas à interação com seus cuidadores e com a comunidade. A subjetividade dessas crianças depende de como estas crianças, e seus pais, são tratadas e cuidadas nesses espaços institucionais. Estes espaços institucionais são As UBS são o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica à Saúde. Desse modo, desenvolve-se uma Atenção Básica à Saúde com alto grau de

descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que a deixa sempre mais próxima ao cotidiano (BRASIL, s/d). As equipes de Atenção Básica à Saúde tem como prioridade a atuação dentro de um território específico como o objetivo de trazer qualidade de vida ao usuário, assumem a responsabilidade sanitária e o cuidado dessas pessoas. Também dentro deste território podem atuar equipes dos Consultórios de Rua, Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) e os Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da família (NASF), A população busca a assistência à saúde por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que vão até a população com o intuito de aproximar a comunidade das UBS. Esses mesmos ACS fazem visitas nas casas de cada morador de sua área, proporcionando essa aproximação. “As consultas são marcadas pelos agentes, que muitas vezes, acompanham à pessoa até ao centro de saúde. Também controla a medicação dos doentes crônicos, dão orientação sobre dengues, leptospirose, higiene básica e outros cuidados de saúde” (BRASIL, 2009). Quando as crianças acompanham seus pais na UBS ficam, frequentemente, a mercê, sem nenhuma atividade sistemática de acompanhamento. Não são atendidas, observadas ou acompanhadas, pois não há uma estrutura que as acolha. Pensamos, então, que outra saúde responderia à formação de uma criança cidadã, com saúde integral e afastada das práticas de medicalização. **MÉTODO:** OBSERVAR, APRENDER E ENVOLVER-SE. O brincar nas UBS não é o problema a ser investigado, mas sim como estas crianças são recebidas e qual melhor forma de se intervir com estas crianças em direção à educação, à prevenção de doenças e promoção à saúde, papéis institucionais da ESF. A relevância se localiza em colaborar com a observação de na UBS que acolhe as equipes da ESF há crianças e há uma potencialidade

a ser explorada com esta presença. O Ministério da Saúde indica pelo menos três procedimentos: acolhimento, intervenção em casos de violência e promoção de cuidados (BRASIL, 2011). Dentre os procedimentos que adotamos para fazer a análise de relato de experiência utilizamos a cartografia. A cartografia é um método de estudo-intervenção do socius proposto por G. Deleuze e F. Guattari que nos convoca a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do socius e dos modos de subjetivação (NEVES et al, 2010. P. 45). O método cartográfico permite ao pesquisador que, ao acessar seu campo de trabalho, o afete e seja por ele afetado, provocando transformações da realidade em ambos. **OBSERVAÇÕES DO CAMPO:** O ESPAÇO DA CRIANÇA O espaço específico da criança na UBS é a puericultura. que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (VIEIRA et al, 2012). Essas ações de assistência demonstram uma abordagem à saúde da criança, no entanto podemos pensar em ações complementares em busca da formação de uma clínica ampliada, que almejem a saúde integral do sujeito, afastando-o das práticas de medicalização. “A medicalização se refere à utilização de medicamentos em crianças com dificuldades de aprendizagem escolar e relacionamento interpessoal, encaminhados por profissionais de saúde” (Rodrigues, 2011) e não somente isso, indica uma tendência exagerada em conter

comportamentos e moldar identidades via normalização biológica da população. Seguindo as propostas da clínica ampliada e da saúde coletiva, pensando na formação da subjetividade, aponta-se para o possível avanço da criança tomada como sujeito de direitos e em desenvolvimento e ao entrar nas instituições de saúde percebam-se como valiosas ao Estado e como potenciais merecedores de investimentos nobres devido ao seu próprio valor como cidadã.

PONDERAÇÕES FINAIS: Este trabalho aponta para um avanço a construção até aqui realizada pelo Sistema Único de Saúde na direção da saúde integral da criança. Isto se dá na perspectiva de trazer acolhimento, educação e integração da criança não somente nos aspectos biológicos, mas, também, aos seus valores intrínsecos enquanto sujeito em formação.

O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA SOB A VISÃO DE UMA VIVENTE DO VER-SUS

Elisa de Oliveira Rosa, Andriele de Lima Herrera, Rodrigo de Souza Balk

Palavras-chave: SUS, Saúde Pública, Atenção à Saúde

Introdução O ano de 2002 foi marcado pela criação da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais de Saúde, a fim de aproximar estudantes da construção de projetos que tenham o objetivo de estabelecer uma política de educação para futuros profissionais do SUS. Nesse ano, surgiram diversas propostas de vivência, dentre elas a Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008). O VER-SUS tem como eixos primordiais propiciar aos participantes a oportunidade de vivenciar conquistas e desafios inerentes

ao SUS e aprofundar a discussão a cerca do trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação, além do controle social. Ainda, discute sobre a importância dos movimentos sociais, principalmente o movimento estudantil (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008). Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência propiciada pelo VER-SUS durante visita ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O MST tem como objetivos principais a luta pela terra, pela Reforma Agrária e pela construção de uma sociedade mais justa, sem explorados nem exploradores (CALDART, 2003). Metodologia A experiência foi desenvolvida por uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa do Campus Uruguaiana/RS, a mesma é bolsista PET MEC do Programa Práticas Integradas em Saúde Coletiva, o qual tem como objetivo promover a integração entre os acadêmicos participantes, desenvolver relações de cooperação entre a universidade e a gestão municipal, promover a maior integração entre ensino e serviço, otimizando as relações dos cursos com os serviços de saúde. Ainda, o programa vislumbra a promoção da saúde, a reabilitação de danos e agravos e a prevenção de doenças, além de possibilitar trocas de práticas e saberes de forma integrada e interdisciplinar através de ações com a comunidade. Dessa forma, através do programa, a acadêmica e bolsista teve a oportunidade de participar das atividades propostas pelo VER-SUS, as quais ocorreram entre os dias 20 de julho a 02 de agosto de 2015, na cidade de Santa Maria/RS. Nessa edição havia um grupo de 42 participantes, dentre eles graduandos, pós-graduandos e, ainda, outros profissionais de diferentes áreas. Durante as vivências o grupo era dividido em subgrupos, a fim de facilitar as visitas e se ter um melhor aproveitamento delas. Nesse período, foram realizadas visitas em diferentes localidades

que proporcionaram a aproximação dos participantes com a realidade do Sistema Único de Saúde, dentre essas, foi visitado, no dia 25 de julho, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A visita ocorreu pelos turnos manhã e tarde, os participantes se deslocaram até é o município de Júlio de Castilhos, o qual fica em média 68 km da cidade de Santa Maria/RS. Após a chegada ao local o grupo foi dividido em 3 subgrupos os quais foram distribuídos em diferentes residências a fim de conhecer a história de vida, dificuldades e conquistas dos moradores dessa região. No primeiro momento, os subgrupos foram recepcionados e apresentados às famílias que constituem esse assentamento, conhecendo assim os hábitos de vida, as plantações, formas de cultivo, entre outros. No segundo momento, os subgrupos juntamente com as famílias residentes dessa comunidade, participaram de um almoço coletivo, no qual os alimentos eram frutos do cultivo dessa região. Nesse período, houve grande integração entre o grupo participante do VER-SUS e as famílias do MST, tornando assim um momento bastante rico para todos. No terceiro e último momento, o grupo se reuniu em roda para apresentação individual de cada participante e morador e, posteriormente, foi debatido com um representante da EMATER acerca do que é o MST, os problemas enfrentados pelos componentes desse movimento e suas conquistas. O MST é um movimento de luta pela reforma agrária em resposta a desigualdade de acesso à terra no Brasil e possui outros objetivos além da reforma agrária, uma vez que estejam presentes ainda as discussões a cerca das transformações sociais importantes ao Brasil, principalmente àquelas no tocante à inclusão social. Resultados e Discussão Observou-se que durante a visita ao assentamento no município de Júlio de Castilhos/RS, foi possível compreender

a cerca da história de vida e de luta pela terra desses indivíduos. Após a vivência nesse contexto, foi possível compreender e verificar o quanto é justa e importante a luta dessas pessoas por um pedaço de terra. São pessoas bastante acolhedoras e que lutam pelos seus direitos, pois acreditam e tem conhecimento deles. Foi possível verificar que, segundo relatos, essa região era conhecida como um latifúndio com apenas 50 cabeças de gado e, hoje, apresenta-se como um assentamento produtivo, o qual acolhe dezenas de famílias de pequenos agricultores. Antigamente, esses eram explorados por outros fazendeiros, uma vez que deveriam entregar parte da sua produção. Contudo, hoje são assentados e possuem suas próprias terras e apresentam autonomia para produzir e cultivar nelas. Outro ponto importante a ser discutido, é o fato de que há uma grande dificuldade no que diz respeito ao acesso à saúde, pois a região recebe visita da equipe de saúde apenas uma vez ao mês. Além disso, encontra-se uma carência de estudos epidemiológicos nesse local, visto que, além dos assentados, alguns agricultores fazem grande uso de agrotóxicos. Dessa forma, observa-se a importância da realização de práticas de educação em saúde com esses indivíduos, que tenham como objetivo a prevenção de patologias e a promoção da saúde dessa população que, por vezes, realiza procedimentos de forma irracional, pois não possuem conhecimento dos riscos que perpassam por eles. Considerações Finais Acredita-se que essa experiência foi de grande valia, uma vez que tendo contato com essa realidade, foi possível construir novos conceitos referentes ao movimento. Ainda, entende-se que para lutar por nossos direitos, é preciso estar cientes deles e da nossa própria realidade, visando assim os princípios básicos do SUS, no qual abrange todos sem discriminação. Sendo assim, essa vivência acrescentou de forma bastante

ampla no processo de formação pessoal e acadêmica, uma vez que ampliou o ponto de vista e deu estímulo para respeitar as diferenças, desconstruir conceitos e ter uma visão crítica da sociedade em que vivemos.

O OLHAR DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS SOBRE O ACESSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Daline Valiente de Castro, Fabiula Nunes Macena, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Psicologia da Saúde

Autora Daline Valiente de Castro¹, Autora Fabiula Nunes macena², Autora Elenita Sureke Abilio³. APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do Projeto de Extensão Acompanhamento e Apoio Técnico do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) que também faz parte do cumprimento do estágio curricular acadêmico, que tem como ênfase a atuação do profissional de psicologia no processo de gestão em saúde, tendo como objetivo proporcionar aos integrantes do projeto a experiência de atuar em uma Unidade Básica de Saúde com o propósito de desenvolver meios que favoreçam a melhoria da unidade em prol das equipes de ESF. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com os usuários e equipe, possibilitando compreender o funcionamento da unidade e as relações existentes entre eles. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) se constitui como um programa que objetiva avaliar qualidade de serviço, estrutura física e satisfação dos usuários. Obtendo como questão de quanto melhor a avaliação maior o investimento. A vivência foi em uma ESF do Município de Dourados/MS e se caracterizou como uma forma de conhecer os processos de gestão do local, mais centralizado para a “porta

de entrada” ou como dito a recepção. O desenvolvimento do estágio se construiu através de momentos de observações, rodas de conversas com os usuários e com a equipe de saúde. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam na saúde e na doença, Inicialmente o foco era os usuários, as queixas dos mesmos eram sempre sobre a falta de comunicação que há entre os funcionários direcionados aos usuários principalmente das recepcionistas e para saber o porquê dessa falta de comunicação resolvemos observar e ouvir o outro lado (a recepção). Ao fazer uma análise das funcionárias do ESF percebemos quanto é a sobrecarga que elas nos relataram, e motivos sobre a falha de comunicação. Trabalhadores de saúde costumam adotar um determinado tipo de organização no trabalho como a forma específica de agir entre si e com os usuários. O dia-a-dia na Unidade de Saúde Básica é bem movimentado. Os trabalhadores fazem múltiplas funções, fazem agendamento e as rotinas burocráticas gerais. A pesquisa inicialmente era individual para que cada funcionário pudesse nos dizer de que forma seria suas prestações de serviços, porém ao nos direcionarmos a um trabalhador específico as demais se aproximavam relatando as suas experiências o que se transformou em uma roda de conversa, onde segundo relato não é costumeiro esse tipo de conversa menos formal. Percebemos então que os pontos de vista entre os trabalhadores se referem a: dificuldade de comunicação com os usuários, os tais motivos como: o não saber esperar deles (ocasionando tumulto em filas); não ceder a vez ao usuário que mais necessita (a falta da compreensão do direito do usuário mais enfermo); a facilidade de lidar com pessoas de mais idade (o jovem já vem com seu próprio laudo, apenas querendo medicamento); a falta de medicamento

(Acaba causando muitos transtornos, o usuário culpa a enfermeira pela falta do medicamento). Questões como essa que sobrecarregam as equipes de saúde dando empecilhos para a comunicação ser mais clara. Foi destacada a falta de conhecimento tanto dos usuários sobre os seus direitos voltados para a saúde, quanto à falta do conhecimento dos trabalhadores em relação à Política Nacional de Humanização (PNH) que serviria para aprimoramento e melhoria nas equipes, e do PMAQ. Uma reclamação ouvida durante nossa roda de conversa foi sobre a não devolutiva das notas individuais do PMAQ-AB. Essa falta de conhecimento acarreta em uma não melhoria do “problema”. A importância de uma boa gestão que gera uma boa produção esta voltada para o não sofrimento do trabalho, somente a questão de termos essa roda de conversa percebeu-se depois o alívio do descarrego dos problemas, podendo assim as funcionárias voltar ao seu trabalho com uma melhor disposição. O papel do psicólogo é intervir nesses casos sendo um agente que enfatiza esse espaço, buscando a promoção de saúde revendo a forma de humanização. O Humanizado é aquele que contempla em sua estrutura física tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, família ou o próprio profissional que nele trabalham, garantindo condições para um atendimento de qualidade. A delimitação dos profissionais de um membro de cada equipe de saúde pode causar conflitos ao se acumularem expectativas inadequadas. Deve obter postura diante o trabalho, ter flexibilidade e vontade de aprender. O psicólogo vem trabalhar com as equipes multidisciplinares a autoconfiança, boa capacidade de comunicação, profissionalismo, regras, valores, aspectos como liderança e decisões (VIEIRA, 2010). Desta forma, percebemos que, torna-se necessário introduzir um profissional de psicologia nesse novo locus

de gestão em psicologia da saúde. ALVES (2011) traz a Psicologia da saúde como um domínio recente da investigação da psicologia, como uma abordagem preventiva e de promoção da saúde, e não apenas remediadora e de resoluções de situações de doença. No processo de trabalho em saúde, tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários e também espaços de valorização do potencial investidos dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006). REFERÊNCIAS AGNES, Maria; PEREZ, Gibert; VERA, Engler. Saúde mental e trabalho: Um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. Bol. psicol v.59 n.130 São Paulo jun. 2009 ALVES, Raida. F. Psicologia da Saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 345 p. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books. BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para Humanizar o ato de Cuidar. Coruña, España: Creación Integral e Innovación. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm> GIBERT, A.M.; CURY, E.V; Saúde Mental e trabalho; um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432009000100005 > MINISTERIO DA SAÚDE. TRABALHO E REDE DE SAÚDE, Valorização dos Trabalhadores de Saúde. Brasília. DF. 2006. 2^oed SANTOS, L.K; QUINTANILHA, C.B; ARAUJO, D.M; Atuação do psicólogo na promoção de saúde. São Paulo. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15163687201000100015> VIEIRA, Lamarquilania N.L. A atuação do Psicólogo no contexto hospitalar. Minas Gerais. 2010. Disponível em: <http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar>

O PAPEL MEDIADOR DO ASSISTENTE SOCIAL NAS INTERRELAÇÕES NO CONTEXTO HOSPITALAR DO HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO POA/RS

Inelva Miotto, Bianca Ferreira Pereira, Roberta Fabiana Abbad, Eliana Affonso de Barros

Palavras-chave: serviço social, processo saúde-doença, empoderamento

O Serviço Social do Hospital Criança Conceição - HCC intervém junto às famílias das crianças e adolescentes hospitalizados oriundos da capital e região metropolitana. A estrutura hospitalar comporta 328 leitos, desde UTI Neonatal e Unidades Intermediárias até 14 anos incompletos. Em 2015 até setembro o Serviço Social realizou 3826 atendimentos. O perfil dos usuários atendidos, em sua maioria, é composto por precariedade sócio-econômica e cultural o que dificulta o entendimento do processo saúde doença. É neste contexto que intervimos. Durante o nosso processo de trabalho priorizamos o esclarecimento de seus direitos, rotinas da Unidade e acesso aos bens de serviço intersetoriais. Pois, prestamos um serviço que é um direito, não é benesse. O Assistente Social tem o papel educativo na promoção da saúde, pois media as situações de inter-relações entre os diferentes agentes sociais. Buscamos o fortalecimento do usuário, contribuindo para a efetivação da cidadania, bem como, pelo empoderamento destes sujeitos, na medida em que não é mais coadjuvante no processo de saúde doença. Nosso esforço é diário para atender com efetividade sem perder a complexidade que permeia nas relações familiares. Pois, o real não está dado, é construído e desconstruído permanentemente. É nesta linha tênue que atuamos e nos reiventamos diariamente, cientes das tensões existentes no mundo do capital x Trabalho.

O PRIMEIRO CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM A UBSF: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Luís Santos, André Castro Rocha

Palavras-chave: Educação, metodologias ativas na formação de trabalhadores da saúde

Introdução: Atendendo às demandas da área da saúde, em que um novo olhar deve ser lançado ao processo saúde-doença, surgiu-se a necessidade de se discutir e procurar adequar a formação dos profissionais de saúde a esse novo contexto. Tendo isso em vista, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina passaram a se pautar em uma formação generalista, humanista e reflexiva do médico. As metodologias ativas se caracterizam, portanto, por colocar o discente como centro do processo de ensino-aprendizagem, que passa a pautar-se na integração dos conhecimentos das diversas disciplinas. Isso, por sua vez, proporciona ao graduando lançar um novo olhar sobre o ser humano, a sociedade e o meio ambiente, constituintes do processo saúde-doença. Essas metodologias de ensino, ao integrarem conteúdos e trazerem à luz a necessidade de se refletir sobre realidades sociais diversas, contribuem, ainda, para que o estudante consiga assimilar a grande quantidade de conteúdo ministrada no curso de medicina e relacioná-lo com a prática. Este trabalho visa revelar a experiência de um grupo de discentes do curso de medicina da UFG frente ao primeiro contato com a UBSF ainda no primeiro semestre do curso. Normalmente a visão dos alunos frente ao SUS é algo obscuro, não há por parte dos acadêmicos o conhecimento sobre as ações do sistema, o que o torna para muitos apenas um caminho a ser atravessado. Contudo, após a aproximação do acadêmico as UBSFs, as inúmeras experiências vividas naquele local demonstram bastante desconhecimento

por parte dos alunos frente às verdadeiras fâcias deste sistema. Desenvolvimento: com o novo Projeto Pedagógico do Curso implantado na Faculdade de Medicina da UFG no ano de 2014 a fim de atender as prerrogativas da DCNs do curso de graduação de medicina, os discentes passaram a estar muito mais próximos da comunidade. Logo nas primeiras semanas do curso aprende-se sobre as leis, diretrizes e bases do sistema único de saúde e posteriormente inicia-se o contato com a UBSF. Nesse momento, observa-se a expectativa do aluno frente ao desconhecido. Muitos desses nunca adentraram uma UBSF para ser atendido em um consultório médico. Tal fato aliado às informações (muitas vezes estereotipadas) transmitidas pela mídia sobre o SUS indicam que grande parte dos alunos imaginam que a UBSF seria um caos: pacientes não atendidos, funcionários mal-educados e irritados, médicos sem interesse de atender o paciente, enfim, uma terra sem leis. Essa expectativa começa a mostrar-se falha quando ao adentrarem a UBSF percebem que os funcionários estão felizes em poder ajudá-los nessa missão de conhecer o sistema de saúde e a fazem com extrema competência. Após a apresentação dos alunos aos funcionários e dos funcionários aos alunos, cada trio de discente passa um período numa determinada área da UBSF (recepção, consultório médico, consultório odontológico, sala de vacinação, sala de triagem) a fim de conhecer um pouco da rotina da unidade básica de saúde e assim aprender na prática. O contato com os funcionários revela-se animador: nota-se que esses profissionais estão naquele local dispostos a ajudar a população, nota-se que o sistema adotado para melhor atender o paciente é de fato bem pensado, nota-se que há a preocupação com o bem-estar da comunidade local e principalmente que aquela visão prévia de que o SUS era um caos nunca estava de fato embasada. Na recepção, ao conversar com os pacientes percebia-

se que muitos deles já foram atendidos outras vezes na UBSF e tem confiança pelo trabalho daquele grupo de profissionais. Nos consultórios, tanto no médico quanto no odontológico, os pacientes eram tratados com todo o respeito e atenção, sendo que muitas vezes o médico ao solicitar exames complementares já entrava em contato com as unidades responsáveis pela realização dos exames a fim de saber qual delas estavam de fato funcionando para que o paciente não se desgastasse ainda mais indo em uma unidade que estivesse fechada. Na sala de vacinação, pode-se ver que a abrangência do SUS vai muito além do que pensávamos, não se restringe somente ao ambiente hospitalar mas engloba principalmente a prevenção. Com o decorrer das aulas, os discentes puderam ter uma visão mais realista da saúde pública brasileira, principalmente quando trata de saúde da família e comunidade. Observou-se de fato o que é ser um médico de família e comunidade: possuir um vínculo concreto com seu paciente para que quando o mesmo sinta algo informe imediatamente a quem ele confia, ao seu “amigo” médico. Dessa forma a UBSF atua na promoção de saúde, na prevenção de doenças, no diagnóstico precoce e no tratamento dos doentes. Resultados e Impactos: os resultados puderam ser observados ao término do ano quando os alunos tiveram que coletar uma anamnese a ser apresentada nas aulas de semiologia, nas casas dos pacientes atendidos pela UBSF. Os alunos se mostraram interessados em conhecer o paciente e o meio o qual ele está inserido: família, trabalho, bairro. Dessa forma observa-se que aquela visão inicialmente preconceituosa se dissipou ao compreender a importância da proximidade médico-paciente para o processo saúde doença: um sistema mais humano tende a ser um sistema mais eficaz. O sistema único de saúde antes visto como um problema, hoje é visto como a forma mais eficaz para

o vasto território brasileiro. A medicina familiar se torna indispensável para esse sistema, já que a atenção primária/básica é a porta de entrada ao sistema. Antes muitos desses alunos que desejavam fazer a diferença para a sociedade achavam que seria muito difícil em virtude do descaso com a saúde pública – amplamente exposto pela mídia brasileira – hoje, tais alunos percebem que podem sim fazer essa diferença na sociedade praticando uma medicina humanista e igualitária, sem distinção de raça, cor ou status social. Considerações finais: ao término do ano pode-se notar por parte dos acadêmicos uma atenção maior pelo paciente como um todo: as modernas máquinas laboratoriais podem revelar muito sobre o paciente, contudo uma boa relação médico-paciente é o que de fato permite uma boa prática da arte médica, daquela medicina humanista que tem se perdido com o tempo. Para regressar a essa medicina humanista o que seria melhor que levar os discentes ao dia a dia da vida do paciente? Essa relação, por sua vez, mostra-se primordial para a promoção de uma saúde integral (um estado de completo bem-estar físico, mental e social). Para ser médico é de extrema importância saber sobre as doenças, mas é mais importante saber que existe o doente. Dessa forma deve-se compreender que a profissão médica é, antes de tudo, a prática do amor ao próximo.

O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE COMISSÃO DE DEFESA CONTRA MAUS TRATOS /ABUSO À CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO/POA/RS

Inelva Miotto, Karen Giane da Silva Zinn, Roberta Fabiana Abbad, Bianca Pereira Ferreira, Sérgio Dório de Carvalho, Aldacir José Oliboni, Leonardo Vasconcellos Severo,

Eliana Affonso de Barros, Mauro Rosa de Paula, Denise Costa Barbosa, Anelise da Rosa Silva

Palavras-chave: abuso sexual, infanto-juvenil, equipe multiprofissional

O comitê de defesa da criança e adolescente, o CODECA, é uma comissão do Hospital Criança Conceição que integra o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre/RS. De janeiro de 2015 a setembro, ocorreram 894 internações e 20478 consultas em nível ambulatorial. O CODECA disponibiliza atendimento integral por sua equipe multiprofissional, respeitando a criança e adolescente na sua integralidade, quando há violação de direitos. Tendo como diretriz maior os protocolos de atendimento da linha de cuidado da criança e adolescente vítima de abuso/violência no Sistema Único de Saúde. O CODECA atendeu 220 casos no período acima. Destes, 90% são situações de evasão hospitalar, intoxicação exógena e quedas. Os 10% são situações de abuso sexual, não adesão ao tratamento e uso de drogas. Todos os casos são notificados ao conselho tutelar e dependendo da complexidade a Promotoria e Judiciário. Os atendimentos são realizados por consultorias e demanda espontânea do usuário. Primamos pelo atendimento humanizado, observando os princípios do usuário, não discriminação e confidencialidade, através de escuta qualificada, propiciando um ambiente de confiança e respeito para estabelecimento do vínculo. A interface realizada com a rede se dá através da interlocução das diversas políticas públicas. Isto possibilita a continuidade no cuidado no território para a efetivação da proteção integral da criança e adolescente, sujeitos em desenvolvimento.

O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS: EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

Joel Carlos Valcanaia Ferreira, Joel Saraiva Ferreira, Ana Cristina Gomes de Lima

Palavras-chave: promoção da saúde, exercício físico, sistema único de saúde

APRESENTAÇÃO: Nesse início de século XXI as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um grave problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, o conjunto das DCNT é responsável por 72% dos óbitos no país, sendo que relatórios da Organização Mundial da Saúde destacam as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, como aquelas com maior prevalência. Sabendo da gravidade desse quadro epidemiológico e seus impactos nos sistemas de saúde e na sociedade, o Ministério da Saúde do Brasil vem fortalecendo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do enfrentamento dos fatores de risco modificáveis das DCNT, dentre os quais está o baixo nível de atividade física habitual da população. No município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, uma medida tomada pela gestão local foi a inserção de profissionais de Educação Física na Rede Municipal de Saúde (REMUS), visando a promoção de atividades físicas no âmbito do SUS. Considerando a situação mencionada, o objetivo do presente trabalho é descrever o processo de inserção de profissionais de Educação Física na assistência à saúde no SUS, no município de Campo Grande-MS, bem como as ações decorrentes dessa proposta. **METODOLOGIA:** Apoiada em dados epidemiológicos e fundamentada na PNPS, a Secretaria Municipal de Saúde Pública do Município de Campo Grande (SESAU),

por meio da Atenção Básica à Saúde e da Vigilância Epidemiológica, iniciou no ano de 2005 a proposição de ações de promoção da saúde, utilizando-se das práticas corporais e atividades físicas como forma de intervenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). O início da execução das práticas corporais e atividades físicas deu-se em maio de 2005, quando a gerência da UBSF Mário Covas, de comum acordo com gestores da SESAU, disponibilizou a sala de espera da unidade para o desenvolvimento de aulas de capoeira, ministradas por voluntários, em horário alternativo, das 17h30min. às 19h30min., duas vezes na semana e aos sábados. Tal atividade despertou o interesse da população adstrita naquela UBSF, em especial dos adolescentes. Ao final do primeiro mês de atividades, aproximadamente 20 pessoas frequentavam a UBSF para a prática das atividades físicas, sendo que nesse mesmo período agregou-se o desenvolvimento de oficinas de teatro e dança, ministradas por Arte-Educadores voluntários. As atividades foram direcionadas, prioritariamente, para dois grupos populacionais: adolescentes e idosos. Já em relação às condições clínicas de doenças, as atividades físicas foram mais procuradas por pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Passados poucos meses do início da intervenção com atividades físicas e práticas corporais, já havia participantes de quatro UBSF da região sul do município de Campo Grande. Com isso, um projeto foi encaminhado à SESAU e ao ser analisado pela Coordenação da Atenção Básica, foi prontamente encaminhado para setores responsáveis pela viabilização de recursos financeiros, visando a implementação daquilo que estava sendo executado e a implantação de novas ações. Esse projeto foi denominado “Projeto Viver Legal”. No início do ano de 2006 foi estabelecida

parceria intersetorial com várias secretarias e fundações municipais, objetivando ampliar as ações do Projeto Viver Legal. Uma dessas ações foi a inclusão de profissionais de Educação Física, cedidos pela Fundação Municipal de Esportes, para o planejamento e execução de atividades físicas nas UBSF. A partir desse momento, passaram a fazer parte do rol de ações do projeto as intervenções de educação em saúde e caminhadas orientadas, as quais tiveram grande adesão, especialmente da população idosa cadastrada nas UBSF da região sul do município. No ano de 2007 a gestão da SESAU vislumbrou a possibilidade de captação de recursos por meio de um edital do Ministério da Saúde, que selecionaria projetos em todo o território nacional, voltados à vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas às práticas corporais e atividades físicas. O Projeto Viver Legal concorreu e foi um dos selecionados, sendo contemplado com recursos que garantiram a continuidade do projeto naquele ano. Nesse mesmo período teve início a prática de avaliação física dos participantes do projeto. No ano de 2009 a SESAU adquiriu 10 Academias da Terceira Idade (ATI), para serem instaladas em área interna das UBSF do município. Com isso, a gestão municipal decidiu incorporar profissionais de Educação Física ao quadro de servidores efetivos da SESAU. Essa decisão resultou na nomeação e posse de profissionais de Educação Física que haviam realizado concurso público no ano de 2006 e que ainda estava em validade. Esses profissionais passaram a desenvolver ações nas UBSF com ATI, atendendo também novas demandas das unidades de saúde, a partir do diagnóstico que faziam junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos quatro distritos sanitários do município. Com a incorporação dos profissionais de Educação Física na SESAU, o conjunto de

ações no âmbito das atividades físicas e práticas corporais foi ampliado. Desde o ano de 2010 passaram a ser desenvolvidas atividades específicas dos profissionais de Educação Física também nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Infantil (CEI) e Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico (UERD). Além das atividades já mencionadas, também passaram a ser oferecidas atividades de ginástica, fortalecimento muscular, condicionamento físico, diversos tipos de danças, exercícios da Medicina Tradicional Chinesa (Tai Chi Chuan; Lian Gong; Xiang Gong), intervenções no Programa Saúde na Escola (PSE) e apoio matricial. RESULTADOS: Ao final do ano de 2015, a rede municipal de saúde de Campo Grande conta com profissionais de Educação Física diretamente vinculados à saúde pública, os quais desenvolvem atividades em aproximadamente 35% das UBS ou UBSF do município, além de atuarem em outras unidades de atenção à saúde que compõem a REMUS, mas em menor proporção que na atenção básica. Consolidou-se na SESAU a Gerência Técnica de Atividade Física, responsável especificamente pelo planejamento, coordenação e execução das ações de promoção de atividades físicas no âmbito do SUS em Campo Grande, fato esse que pode ser compreendido como um reconhecimento da relevância dessas ações para o enfrentamento das DCNT no campo da saúde pública. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O SUS, por meio de seus princípios e diretrizes, vislumbra um atendimento holístico do ser humano, que seja voltado às pessoas e não às doenças, o que requer intervenções profissionais que não se restringem ao modelo biomédico tradicional. Com isso, a experiência de incluir profissionais de Educação Física no quadro efetivo da rede municipal de saúde de Campo Grande mostrou-se uma

estratégia com grande aceitação por parte da população e com boas perspectivas para o controle de fatores de risco das DCNT. Nesse momento, passado o processo de implantação e consolidadas várias ações, parece ser natural a demanda por estudos que avaliem os efeitos da promoção de atividades físicas no âmbito do SUS em Campo Grande, de forma que se conheçam os fatores associados ao comportamento ativo ou sedentário da população atendida pela política pública de saúde no município. Com isso, a gestão municipal poderá dispor de dados que subsidiarão as decisões que envolvem o campo das atividades físicas e práticas corporais na REMUS, potencializando intervenções futuras nessa área. Para tanto, o caminho mais promissor parece ser a aproximação da SESAU com instituições de pesquisa.

O RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Gabriela Silva Santos, Eliziê Pereira Pinheiro, Tatyane Oliveira Rebouças, Rogério Oliveira Basto, Rafael Oliveira Silva, Aline Lima Oliveira, Daniel Lima Lima

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar, Educação Permanente em Saúde, Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO: o trabalho é uma prática social, por meio da qual os seres humanos transformam a natureza e se transformam. É pelo trabalho que os seres humanos dão sentido à sua existência, entendido como integrante do processo de viver do homem, como possibilidade de criação e satisfação das necessidades individuais e/ou coletivas. A preparação para o trabalho iniciou-se com a Revolução Industrial e ao longo da história as exigências do mundo do trabalho

ampliaram-se. A formação dos indivíduos passou a ser entendida como um processo permanente ao longo da vida. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela se baseia na aprendizagem significativa, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços. E resalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios. Ela é uma estratégia de reestruturação dos serviços pensadas para a equipes de trabalho. Utiliza-se da aprendizagem significativa com enfoque problematizador e o profissional é o centro do processo ensino-aprendizagem e a aquisição das competências determina o fim da intervenção. Sendo, o Núcleo de Educação Permanente um ambiente promotor de Saúde a proposta dos trabalhos estabelece o desenvolvimento de projetos como: “SAMU na minha escola” que tem por objetivo sensibilizar os gestores das secretarias municipais de educação e saúde, bem como, a população escolar sobre a estrutura organizacional do SAMU 192, como acionar o serviço, os prejuízos do trote ao sistema e treinamentos sobre suporte básico de vida. Os cursos de Manuseio de Equipamento do Pré-Hospitalar (MEAPH) e o Curso Avançado de Lesões Traumáticas (CALT). METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório relatando a experiência de profissionais sobre os trabalhos desenvolvidos pelos Instrutores do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU Ceará. As atividades foram desenvolvidas pelo NEP durante o período de fevereiro a Julho de 2014. RESULTADOS:

A atualização técnico-científica dos trabalhadores é uma das estratégias de qualificação das práticas profissionais. Qualificá-las passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo a sua transformação e a reorganização dos processos de trabalho, por meio da problematização das experiências, permeadas por aspectos que vão além de habilidades técnicas e conhecimento, passando pela subjetividade e por relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde. O curso MEAPH (Manejo dos Equipamentos do Atendimento Pré-Hospitalar), emerge diante de um cenário de reestruturação do NEP (Núcleo de Educação Permanente) que para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) continue a prestar um serviço dinâmico e voltado às necessidades da população. É necessário que os profissionais tenham conhecimento e domínio de todos os equipamentos que se encontram disponíveis em sua unidade. O público, metodologia, local e carga horária do curso MEAPH foi estruturado para servir todas as frentes de atendimento do serviço, ou seja, condutores, técnicos de enfermagem, socorristas, enfermeiros e médicos. Para conseguir maior adesão dos colaboradores, foi adotada a metodologia ativa, onde os equipamentos são dispostos em blocos (estações práticas) e de forma imersiva. Os participantes em grupos revezam durante manhã e tarde perfazendo a carga horária de oito horas (08 horas), tendo a oportunidade de receber informações técnicas dos equipamentos e repetidamente praticar o uso. O MEAPH é oferecido aos sábados e intercalado com o C.A.L. T (Curso de Atendimento às Lesões Traumáticas). Desta forma se espera atingir todos os profissionais do serviço. Durante o período de 3 Módulos do Curso foram capacitados 300 profissionais. Sendo este um número bastante expressivo e satisfatório para nosso serviço, visto que,

ações de Educação no Serviço refletem no atendimento de qualidade ao usuário. A Educação Permanente cria espaços de reflexão para que os profissionais repensem sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho. A atuação dos profissionais do Samu está permanentemente cercada de desafios. O C.A.L. T foi estruturado para servir todas as frentes de atendimento do serviço, ou seja, condutores, técnicos de enfermagem, socorristas, enfermeiros e médicos, pois se acredita que independente da classe profissional, todos devem estar preparados para lidar com as adversidades. Foi adotada uma metodologia problematizadora, onde um membro da equipe de instrutores passa a representar o papel de vítima e os demais realizam o atendimento conforme a(s) lesão (ões) proposta(s). São demonstradas duas formas de atendimento para cada situação, após isso, os participantes são instigados a opinarem sobre alternativas de atendimento, conforme as vivências e práticas individuais. O curso C.A.L.T perfaz a carga horária total de quarenta horas (40 horas), é oferecida aos sábados (oito horas aula), de forma intercalada com o MEAPH (Manejo dos Equipamentos do Atendimento Pré-Hospitalar), sendo composto por quatro (04) módulos. O SAMU Ceará também desenvolve o programa de qualificação Extra-Muros, que traz o projeto: "SAMU na minha Escola". O desenvolvimento desse projeto inicia com a identificação dos agravos de saúde do município e principais incidentes no âmbito escolar, definição da faixa etária do público alvo, quantidade de participantes, data, turno e escolas a serem escolhidas, elaboração do planejamento das aulas conforme especificidade de cada município, organização dos materiais,

recursos humanos e logísticos para execução das atividades, execução das atividades nas escolas com aplicação de aulas teóricas e práticas bem como aplicação de um Pré e pós-teste. Durante o desenvolvimento deste projeto, já foram capacitados diretamente 342 alunos de escolas da rede pública e privada. Nos questionários aplicados junto aos alunos ao final das atividades, identificamos que 62% dos participantes já passaram trotes e/ou conhecem alguém que já o fez. Acreditamos que o Projeto SAMU na minha escola contribui para a redução de gastos de deslocamentos das equipes para as falsas chamadas, que ultrapassam em muito os investimentos em educação. Contribuindo assim para a conscientização do público infante a acionar o serviço de atendimento móvel de urgência de forma coerente e disciplinada, levando a diminuição dos agravos de trânsito, que vitimam mais de 100.000 pessoas por ano no Brasil e 40.000 no estado do Ceará. CONCLUSÃO: O desenvolvimento deste trabalho permite constatar que para a formação e condução da educação em serviço há a necessidade de uma coordenação, um direcionamento sistemático e de instalações físicas apropriadas. Constatamos que o treinamento focado nas necessidades individualizadas de cada profissional foi um fator positivo, pois os colaboradores mostravam-se mais entusiasmados, abertos ao diálogo e à troca em ambiente coletivo, onde pairam a coesão grupal e a possibilidade de identificarem-se mutuamente perfazendo a troca de experiências. Assim, considerando a extrema necessidade de formação e educação permanente dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor, e ainda, considerando a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação

e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica. O Núcleo de Educação Permanente nas Urgências se configura como um ambiente de importância exponencial para contribuir na Promoção de Saúde nas Urgências, tendo assim, como nossa missão "EDUCAR PARA SALVAR VIDAS".

OFICINA SOBRE PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA IMPLANTAÇÃO DO NASF AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Andressa Virginia Mesquita Pinto, Yohanna Karisy Aragão Ferreira, Thallynne Rosendo da Costa, Francisco José Cavalcante Lima Melo, Alinne Araújo Amaral, Daruina da Silva Guilherme Martins, Kelvia Maria Oliveira Borges, Kalline Belisa Sampaio Monteiro

Palavras-chave: Educação Continuada, Estratégia Saúde da Família ,

Apresentação: Buscando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, que em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009). Recentemente o município de Reriutaba-CE (região noroeste do estado) recebeu uma equipe de Residentes em Saúde da Família através da Escola de Saúde Pública do Ceará, formada pelas seguintes profissionais; duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga. Antes da chegada dessa equipe, não existiam equipamentos de apoio à saúde da família, o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Contudo os processos de trabalho que envolvem os NASF passam por uma reestruturação da rotina de todos os

trabalhadores o que pode ser compreendida com uma ação que estimule potencialidades para a produção de mudanças (VOLPONI, 2014). Nesse contexto pergunta-se: Como iniciar um trabalho eficaz junto as equipes de referência, se nem todos os trabalhadores, compreendem o que de fato se trata o trabalho dessas equipes de apoio? Diante disso, foram sugeridas oficinas junto a todos os profissionais da ESF do município. Assim a equipe NASF de residentes em saúde da família e a equipe de saúde coletiva construiu uma oficina de introdução ao processo de trabalho do NASF. Objetivase neste estudo relatar a experiência da oficina de início de trabalho do NASF aos profissionais da Atenção Básica ressaltando a importância do processo de trabalho da equipe multiprofissional e seus objetivos dentro da Estratégia de Saúde da Família. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa sobre a construção das oficinas do processo de trabalho do NASF. Foram utilizadas metodologias ativas de caráter horizontal respeitando a construção de saberes mútuos. As oficinas aconteceram com duração de 3 horas na Unidade Básica de Saúde Dr. Osvaldo Honório Lemos, Sede I, na cidade de Reriutaba-CE, ministradas pelas profissionais residentes da equipe NASF do município, nos dias 27 de maio e 01 a 03 de junho de 2015. As oficinas foram divididas por categorias profissionais para que a rotina das unidades não fosse alterada. Foram feitas então; 1 oficina com profissionais médicos e 3 oficinas com todos os ACS. Resultados e/ou impactos: A primeira oficina teve como público alvo médicos das oito ESF. 90% destes profissionais são cubanos e já ansiavam por iniciar um trabalho voltado à experiência multiprofissional, já que, em suas experiências em seus país de origem, isso é uma prática rotineira e valorizada. Inicialmente foram distribuídas um pequeno texto de dramatização para que fosse feita através da escolha de dois

integrantes do grupo a leitura dramática do mesmo. O texto reproduzia um ambiente de trabalho em que dois profissionais de diferentes posturas questionam a eficácia das metodologias ativas e da promoção da saúde dentro da rotina de trabalho. Logo após a leitura do texto de forma dramatizada os participantes do grupo foram convidados a questionar sobre essa nova maneira de se propor saúde. Após a discussão as profissionais residentes que compõem a equipe NASF e Saúde Coletiva prosseguiram a oficina em uma exposição dialogada sobre a origem dos núcleos de apoio e os fluxos de trabalho em cada núcleo profissional. A segunda oficina foi direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde do município. A escolha deste público não foi aleatória; entendemos que estas duas profissões são deveras importantes para que a Estratégia de Saúde da Família ocorra como o Ministério da Saúde preconiza e defende. Em um momento posterior ocorreram em três dias os turnos destinados à construção das oficinas de processo de trabalho do NASF com os agentes comunitários de saúde do município. Destacamos que como a oficina foi aplicada em categorias profissionais diferentes algumas adaptações foram feitas para que não ocorressem dúvidas ou interferências nos saberes. Para a oficina dos ACS foi reproduzido o mesmo texto de dramatização e exposição dialógica conforme a necessidade de trabalho destes. No meio da oficina as residentes fizeram uma pausa para que fosse feita uma dinâmica com a brincadeira de “Escravos de Jó” onde foram potencializadas as ações grupais e a força do trabalho em equipe, ressaltamos que este foi um momento de integração intensa, onde muitos profissionais se emocionaram em poder estar ali em grupo para aprender novas formas de se redescobrir como profissional de saúde. Após cada oficina, realizou-se um processo avaliativo, de forma dialógica, em que os atores participantes das oficinas

trouxeram suas expectativas de antes da realização da mesma e da nova percepção de um novo modo de trabalhar a Estratégia de Saúde da Família; compreendendo os fluxos de trabalho, as principais funções do NASF, os processos de referência e contrarreferência e as visitas domiciliares. Considerações finais: As oficinas foram um instrumento potencializador importante no entendimento dos processos de trabalho do NASF esclarecendo os fluxos de trabalho de cada núcleo profissional para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Como objetivo principal de uma equipe NASF dentro de um município, ressaltamos a importância de ampliar as possibilidades de efetuar uma Atenção Básica com mais qualidade e com linhas de cuidado eficazes aos usuários. Deste modo reafirmamos a importância das equipes NASF na Estratégia de Saúde da Família como um equipamento impar na luta por um SUS equânime.

OS DESAFIOS DO PSICOLOGO INSERIDO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Farley Marcondes Moraes Maia

Palavras-chave: oficinas terapêuticas, saúde mental

APRESENTAÇÃO: O Serviço em Saúde Mental de Mário Campos-SSAM, teve início no ano de 2013, em espaço físico exclusivo, com o principal objetivo de atender uma crescente demanda da área psicológica e psiquiátrica dos postos de saúde. Com o surgimento do serviço de psicologia no município em 2010, a população pôde ser atendida sem a necessidade de se deslocar para cidades vizinhas. Contudo, ao se oferecer o serviço criou-se uma demanda que o SSAM não estava preparado para atender. Justifica-se a premissa de que na necessidade de assistir

a demanda continuamente crescente, inaugurou-se uma responsabilidade, a fim de arcar com acolhimento da demanda por saúde mental. É necessário destacar que a prática psicológica, atualmente, deve acatar uma lógica de funcionamento do meio comunitário, para então, adaptar a sua proposta de intervenção no que se pretende. Muitas vezes, estes profissionais constroem um plano de intervenção, mas atua de outra forma. Trata-se, assim, de um serviço de imprevistos, e por isso mesmo, um desafio constante. É importante equiparar o trabalho do Serviço em Saúde Mental – SSAM, aos Centros de Especialidades. É um trabalho integrado à Unidade de Saúde Básica (UBS) e numa rede maior com outros serviços, como o Conselho Tutelar e a Assistência Social. Portanto, há muitos acolhimentos em plantão psicológico de urgência de vítimas de violência física e sexual, tentativas de autoextermínio, crises psicóticas, etc. Geralmente, o que se tem percebido, são pacientes com condições socioculturais e financeiras deficitadas. É preciso levar em consideração o fato de a realidade municipal ser um tanto quanto comprometida em alguns aspectos. Isso significa que há um grande público que carece do serviço e, tem-se percebido que trata-se de um público com perfil sociocultural e financeiro menos favorecido. É uma realidade que corrobora com outras pesquisas e levantamentos, que apontam para a intrínseca relação entre as psicopatologias e as precariedades culturais e financeiras da população. De fato, uma condição de vulnerabilidade social é predisposição para o adoecimento mental. É comprovado que a pobreza trata-se de um fator de risco para a depressão, por exemplo. Isso deve ser levado em pauta para um plano de trabalho eficaz. Se o profissional psicólogo adotar uma postura rigidamente ortodoxa, se fechando em sua sala de atendimento achando estar fazendo um bom trabalho na área da saúde, esse profissional muito se engana, pois na

verdade está fechando os ouvidos para o verdadeiro discurso que chega ao serviço de saúde. Desenvolvimento/Metodologia: Uma das principais dificuldades para atuar na área da saúde pública trata-se dos recursos e infraestrutura. O psicólogo é exigido a construir um plano de intervenção com os recursos que lhe são dados, pensando em um plano social e comunitário. Portanto, é uma exigência para o profissional psicólogo que este se atente a uma intervenção no macro, no plano comunitário, não somente no individual, pelo fato de não se conseguir acolher toda a demanda que emerge no serviço de saúde. Entretanto, pode-se compreender a saúde mental como aquela que está vinculada a um bem estar social. Recorrendo ao texto de Freud sobre o Mal Estar na Cultura, corrobora-se a sua compreensão de que as mazelas humanas serem marcas civilizatórias e culturais; produto do meio. Portanto, trata-se de uma dificuldade, e/ou empecilho, quando o psicólogo desconsidera conhecimentos sobre políticas públicas. É preciso estar conciliado a elas, as políticas, para melhor desenvolver um plano de intervenção coerente e amparador. Partindo do pressuposto que o ser humano existe para com o outro, e o outro está no meio, nas relações, nos vínculos; então, entendemos que o sofrimento individual perpassa pela relação. Ora, toda clínica, de certa forma, é um clínica social, pois o ser humano é um ser de vínculos, por isso mesmo, um ser social, sendo o seu discurso frequentemente perpassado na noção do outro e do meio. Assim, para dar evasão a demanda reprimida que se acumulou ao longo deste tempo, criou-se grupos e oficinas terapêuticas, pois se fizeram altamente necessários como alternativa de melhor abarcar a demanda do serviço e não negligenciar a necessidade daqueles que padeciam mentalmente e não eram, ao menos, acolhidos. Os grupos de oficinas terapêuticas presentes no serviço são: oficina de artesanato; oficina do brincar,

oficina de horticultura e grupo de tabagismo. Os pacientes são acolhidos individualmente e inseridos no atendimento grupal, caso o tratamento necessariamente não seja demandado à psicoterapia individual. Os grupos acontecem semanalmente e tem duração média de duas horas. Resultados: As oficinas e grupos tornaram-se um espaço de integração e convívio dos usuários, onde se puderam constatar melhoras diversas, no âmbito psíquico, por meio das atividades propostas e construídas por eles mesmos; trocas de experiências e conversas sobre assuntos cotidianos, envolvendo suas vivências diárias mais subjetivas. Percebemos um público carente de sentido, perdido por meio das forçadas rotinas da vida; tentando permanecer firmes numa constituição identitária irrevogável, pois caso contrário, nem ao menos saberiam como justificar a vida. Os trabalhos de grupo, em oficinas terapêuticas certamente estão cumprindo o papel. Estão proporcionando oportunidade de reajuste do sentido, uma aproximação maior do sujeito participante consigo mesmo. Conseguimos suprimir uma demanda que, se fossem individualmente atendidas, levaria tempo significativo, menosprezando inclusive, o sofrimento subjetivo daqueles que necessitam de acompanhamento, mesmo estes sendo no âmbito grupal. Considerações Finais: Assim, o profissional da psicologia está sendo exigido a pensar nas multiplicidades; nos acontecimentos sociais; na política; e estar atento ao contexto comunitário. A clínica clássica já não se encaixa com facilidade nos tempos hipermodernos. Tendo esse desafio, uma das alternativas é desenvolver um plano interventivo que almeje o maior número de pessoas possíveis, como é o caso dos trabalhos em Grupos Terapêuticos e Oficinas Coletivas. Vale lembrar que o fator social deve ser levado em conta quando se trata do trabalho na área da saúde. Se existe o pressuposto que o social é um gatilho para o adoecimento mental,

também podemos utilizar do social para um trabalho interventivo na mesma proporção. O ambiente social de um indivíduo pode ser, além de desencadeador do sofrimento psíquico, um aliado para a intervenção psicoterapêutica. O psicólogo deve estar atento e sensível às possibilidades interventivas que contemplem o indivíduo e o seu meio, visando a construção e/ou resgate dos vínculos, do laço social, conseqüentemente, da identidade, integração, reconhecimento; enfim, sinais de uma saúde psíquica plena. Por fim, o que mais aproxima o sujeito a uma vivência coletiva e saudável, é, afinal, os Grupos Terapêuticos.

OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA CONTRIBUIÇÃO COM A CLÍNICA AMPLIADA NA PSICOLOGIA

Flávio Aparecido Zanaldi, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Atenção Básica à Saúde, Integralidade, SUS

Este trabalho faz parte do projeto de extensão Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que está sendo realizado pelos alunos do último ano do curso da psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. De acordo com SILVA e YAMAMOTO (2013), ao longo da história, o psicólogo seguia um modelo clínico, com uma clientela elitizada e com um ideal individualista que sustentava essa prática, já atualmente, uma nova configuração está se formando, havendo novos locais de atuação e uma ampliação teórica. Entre esses novos locais de atuação se encontra o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que constitui uma forma de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), ampliando sua abrangência e sua resolutividade. O NASF é composto por equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada com as equipes de ESF, compartilhando seus saberes e construindo um sistema de saúde mais forte, integrado e seguindo diversas diretrizes. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF, sendo compreendida em três sentidos, o primeiro se refere a abordagem integral do indivíduo, levando em consideração os contextos sociais, familiares e culturais, o segundo sentido teria as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura, e em terceiro a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes e em conformidade à necessidades da população. Além da integralidade, outros princípios e diretrizes são importantes para orientar as ações do NASF, como: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde. A Psicologia, neste contexto, tem a oportunidade de praticar a clínica ampliada que, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), é um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre os usuários de serviços de saúde, buscando ajuda em outros setores, reconhecendo os limites do conhecimento dos profissionais e suas tecnologias e, por fim, assumir um compromisso ético. Percebe-se a importância desse programa e, principalmente, sua efetividade quando se observam suas ações, um exemplo é a ação antitabagismo do NASF quanto ao, na qual está sendo realizado na sede da ESF. “O tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010). De acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (2014), o tabagismo é reconhecido como uma doença crônica resultante da dependência à nicotina e um fator de risco para mais de 50 doenças, podendo resultar em vários tipos de câncer, asma, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. Sua prevalência vem reduzindo progressivamente, entretanto, ainda mostra-se expressiva em certas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis. O tratamento do tabagismo inclui uma avaliação clínica, com uma abordagem em grupo e, quando necessário, uma terapia medicamentosa. No caso a terapia de reposição de nicotina, ocorre por meio do adesivo transdérmico 7mg, 14mg e 21 mg., goma de mascar 2mg, pastilhas 2mg e cloridrato de bupropiona 150 mg.. O grupo antitabagismo estava programado para durar três meses, as reuniões ocorreram em uma sala na UBS, sendo dirigidas por uma equipe multiprofissional, entretanto na maioria das reuniões foi dirigida por uma psicóloga do NASF, mas, ela contava com o apoio da nutricionista, da fisioterapeuta e do médico da UBS. A metodologia utilizada foi a observação participante, que adota uma abordagem qualitativa consistindo na inserção do pesquisador no grupo observado, tornando-se parte dele e interagindo com os sujeitos. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) a observação participante consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste. A observação participante é uma tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tomando-se o observador um membro do grupo fazendo-o a vivenciar o que eles vivenciam. O grupo Anti-Tabaco, teve duração de três meses, as reuniões ocorriam em uma sala na UBS, haviam alguns obstáculos principalmente

quanto a infraestrutura, como a falta de cadeiras, pouca circulação de ar, balança quebrada, outro problema era a dificuldade em encontrar os prontuários, o que gerava uma certa frustração tanto na equipe quanto aos usuários. O que se percebeu nesses três meses com o grupo Anti-Tabaco foi a interação da psicologia com os demais profissionais da saúde, uma desconstrução do antiquado método de se fazer clínica, que se baseava em uma experiência individual e atendia apenas uma classe elitista da sociedade; com o NASF, a psicologia ganha a oportunidade de mudar sua forma de trabalho e atuar por meio de uma clínica ampliada, nesse sentido, conhecendo e se fazendo conhecer como algo aberto a todos os públicos e não apenas aqueles que tem condições financeiras maiores. Os integrantes do grupo relataram o quanto aquela oportunidade era valiosa para enfrentar a dificuldade de ser um tabagista, interessante também ressaltar que em nenhum momento o grupo foi pressionado a ter uma postura de abstinência total, respeitando assim a singularidade de cada indivíduo, além disso, o assunto de cada encontro não se pautava no cigarro em si, mas em outros pontos, como a ansiedade, dia a dia dos usuários, seus desejos, suas alegrias, tristezas, hábitos alimentares entre outros assuntos que possibilitavam uma maior reflexão quanto ao cigarro, e não apenas um discurso de saúde e doença. Portanto, a inserção da psicologia em um programa como o NASF, torna possível abranger um maior número de pessoas, não limitando seu campo de conhecimento e além disso, pode contribuir para uma construção de um Sistema Único de Saúde que garanta a população igualdade de acesso, universalidade e integralidade, possibilitando um maior desenvolvimento da atenção primária, melhorando a qualidade da saúde nas comunidades que possuem as UBS.

PARTICIPAÇÃO, ALEGRIA, VÍNCULO, PESSOALIDADE E RESPEITO: ADOLESCENTES, FAMILIARES, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO SE LIGAM NO #TAMOJUNTO

Eduardo Caron, Adriana Simonsen, Carla Cristina Santiago dos Santos, Ana Lucia Comino Funari, Claudete Pereira Rocha Guarnieri, Thiago de Oliveira Santos, Diego Roberto Cassimiro, Denise Souza Santos

Palavras-chave: educação permanente em saúde, prevenção do abuso de drogas, intersetorialidade saúde-educação

APRESENTAÇÃO: Visto como público de risco, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade social, o adolescente sofre discriminação de várias ordens. Pesa sobre o jovem das periferias um preconceito relacionado a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, uso de álcool e outras substâncias, e até mesmo criminalidade, expresso nos apelos pela redução da maioridade penal. O público adolescente é o mais distante das Unidades Básicas de Saúde e trabalhar com a adolescência requer lidar com essa situação de iniquidade. Apresentamos uma experiência de prevenção de uso e abuso de substâncias que envolve a participação de jovens de 13 a 15 anos, alunos dos 8os anos do ensino fundamental, pais, familiares e comunidade, junto com profissionais das UBS e de Escolas Estaduais, realizada em 5 territórios no município de Taboão da Serra – SP em 2014 e 2015. Integrado na área metropolitana da Grande São Paulo, com uma população de 252 mil habitantes, a segunda maior densidade demográfica do país, apresenta grandes áreas com perfil de vulnerabilidade social típico da periferia dos grandes centros urbanos. O tema da prevenção ao uso e abuso de substâncias requer abordagens inovadoras alternativas aos métodos tradicionais verticalizados,

focados na abstinência e baseados em preceitos morais. Abordagens que tenham em vista fatores pessoais, familiares e sociais que atravessam a adolescência, e deem conta de uma pluralidade de hábitos e comportamentos, onde o consumo de substâncias se faz presente, principalmente bebidas alcoólicas. O Programa #Tamojunto trabalha com habilidades de vida, recursos protetivos pessoais e protagonismo, bem como de fortalecimento de espaços de pertencimento coletivos, comportamento cooperativo e de respeito. As ações fortalecem o vínculo entre os jovens, entre professor/educando, saúde/educação, gestão local/trabalhador da ponta, como fator de construção de uma rede de proteção social. O programa apoia-se na parceria entre Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria da Educação do Estado de São Paulo e Diretoria Regional de Ensino. Estes atores são responsáveis pela formação continuada dos profissionais implementadores e por ações de acompanhamento e avaliação processual. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A base do trabalho é o território ao qual pertence uma UBS e uma escola estadual. O grupo intersetorial de trabalho, que faz o planejamento e avalia processos em conjunto é composto por gestores, enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários de saúde, professores, coordenadores pedagógicos e diretores escolares. O professor e o profissional de saúde saem do lugar de transmissores de conteúdo e detentores de um saber e trabalham como mediadores de uma produção horizontal, relacionando-se com os alunos e familiares numa prática dialógica de respeito e cooperação. O #Tamojunto propõe ações em dois grandes eixos: 1) Encontros nas escolas, geralmente fora da sala de aula, que os alunos chamam de “Projeto”. A implementação das atividades com os alunos é responsabilidade do

professor. 2) Oficinas de Pais e Responsáveis. A implementação destas oficinas é de responsabilidade compartilhada entre profissionais das UBSs e escolas. Encontros dos alunos: Nos encontros entre alunos e professores são utilizadas técnicas que favorecem a troca de experiências, a formação de vínculos, a experimentação de novas amizades. Inicialmente as expectativas conjuntas são trabalhadas levando à produção de regras coletivas e de um ambiente seguro, no qual o respeito e o sigilo são fatores indispensáveis. A metodologia desses encontros é composta por dinâmicas em grupo, dramatizações temáticas, atividades em pequenos grupos e debates em roda envolvendo questões sobre socialização, família e comportamento. Essas ferramentas favorecem brincadeiras, atenção ao outro, aproximação e contato, autoexpressão, integração, coordenação e o conhecimento de outros pares. Os alunos produzem um diário individual relativo aos temas dos encontros. Temas: Grupalidade, expectativas, códigos de adesão e exclusão; Fatores de proteção e risco; Crenças Normativas; Assertividade e respeito; Apreciação de qualidades positivas em si e nos outros Expressão de sentimentos; Criatividade e solução de problemas; Projetos de vida. Oficinas de pais: As oficinas configuram-se como um espaço de troca, no qual os temas são elaborados em roda e os profissionais da saúde e da educação ocupam a posição de facilitadores. A metodologia utilizada é composta por dinâmicas, dramatizações, debates e atividades em pequenos grupos, e tem como objetivo o estreitamento de vínculos e o desenvolvimento de fatores de proteção grupais e comunitários. Temas: Como é um adolescente? Dificuldades de pais Fatores de risco e proteção Memórias da juventude Mudanças de papéis familiares com o crescimento dos filhos Comunicação, Assertividade, Negociação Permissividade, Autoritarismo, Superproteção,

Distanciamento. RESULTADOS: Produção de Cuidado: O compartilhamento entre UBS e escola produz uma rede de apoio territorial. Profissionais da escola passam a solicitar apoio do psicólogo da UBS para lidar com casos difíceis. O encaminhamento de alunos para atendimento na UBS é facilitado e abre a possibilidade de um trabalho de promoção de saúde e prevenção à gravidez e DSTs. A participação de Agentes Comunitárias nas oficinas de pais propicia uma maior proximidade com a comunidade, favorecendo a formação de vínculos e consequente ampliação da atenção das equipes de Saúde da Família como promotoras de saúde. Vida escolar: Os alunos valorizam a experiência no #Tamojunto, o que gera motivação e vontade de participar. Dessa maneira o absenteísmo diminui e a escola passa a ter um significado diferente para os adolescentes. O aluno fica mais participativo também nas aulas regulares uma vez que a aproximação com os professores em um contexto diferente facilita a criação de vínculos. A relação aluno-professor se transforma, gerando maior receptividade por parte dos alunos, tornando-os mais cooperativos e interessados. O #Tamojunto proporciona vivências cooperativas, nas quais professor também aprende, muda a maneira de enxergar os alunos e perceber suas habilidades e potencialidades. Olhado pelo professor, o aluno passa a valorizar-se e desperta para suas próprias qualidades como agente de sua vida. Despertam, assim, iniciativas criativas, individuais e grupais, como a confecção dos cartazes e convites para as oficinas de pais, gravação de vídeoclipe com participação coletiva, criação de músicas e descoberta de novos interesses. O espaço protegido de confiança criado pelo #Tamojunto promove o compartilhamento de experiências pessoais, estimulando a vinculação entre os alunos e formando uma rede de apoio protetiva. Relações familiares: Os alunos se

sensibilizam em relação às questões familiares compartilhadas, mudando a forma de se relacionar em casa por meio de conversas com os pais sobre o projeto, passando a convidá-los para as Oficinas de pais. As reuniões de pais na escola são geralmente associadas a aspectos negativos da educação como notas baixas, faltas e problemas de comportamento dos filhos. Dessa maneira os alunos sentem-se desestimulados a convidar os pais para virem à escola. A participação dos pais nas oficinas somada à nova percepção dos alunos ajuda superar essas barreiras e mudar o significado da escola para esses pais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Não somente os implementadores da saúde e da educação se surpreendem com os resultados alcançados, mas os próprios alunos percebem as transformações ocorridas na escola e nas suas vidas. O conjunto de interações, parcerias e vinculações entre uma pluralidade de atores – adolescentes, familiares, pessoas da comunidade, professores, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários, coordenadores pedagógicos, gestores de escolas e de unidades de saúde – favorece a construção de uma rede de proteção social com efeitos de prevenção, dentre outras vulnerabilidades, nos comportamentos abusivos de uso de substâncias.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS DOMÉSTICAS, SEXUAIS E OUTRAS VIOLÊNCIAS ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA MUNICIPAL DE NOTIFICAÇÕES

Marceli Adelaine Pereira

Palavras-chave: Violências, Notificação, SINAN

APRESENTAÇÃO: A violência é considerada um fenômeno complexo e de difícil

conceituação, pode ser entendida como todo evento representado por ações, classes, indivíduos e nações que ocasionam danos físicos, emocionais, espirituais e/ou morais a outros. A violência tem raízes e as mesmas se encontram nas estruturas econômicas, sociais e políticas bem como nas consciências individuais. A violência doméstica não se manifesta apenas por meio de agressões físicas, sob a forma de tapas e empurrões. Muitas sofrem com os maus tratos causados pela violência psíquica como: xingamentos, ofensa à conduta moral com ameaças e outras formas indiretas de agressão. Ainda é muito pequeno o número de mulheres que procuram ajuda ou denunciam a ocorrência da violência. Das denúncias oficiais registradas principalmente em Delegacias de Polícia e da Mulher de todo o Brasil, 31% se referem à ameaça à integridade física com armas de fogo; 21% a espancamento com marcas, fraturas ou cortes e 19% são ameaças de espancamento da própria mulher e dos filhos. As notificações demonstram o compromisso legal e assume sua responsabilidade na proteção integral e é compreendida como um instrumento disparador de ações, permitindo adotar medidas imediatas para interferir no ciclo da violência. A atuação deve se dar de forma diferenciada, em conjunto com a rede de proteção, com definição de atribuições no âmbito da prevenção, do atendimento e do acompanhamento dos casos. O presente trabalho teve como objetivo traçar o perfil e avaliar a implantação de um programa Municipal de notificações das Violências Domésticas, Sexuais e outras violências nos anos de 2011 a 2013. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Com intenção de superar inúmeros desafios para a implantação de fluxos adequados de notificações de violência como disparadores de demais ações públicas pertinentes, o Município em estudo, com subsídios de um programa Federal, desenvolveu o Projeto Beija-flor.

O Projeto Beija-flor foi contextualizado em 2011 e inicialmente intitulado Projeto de Prevenção a Violências e Acidentes (trânsito, trabalho e domésticos), iniciou suas atividades em setembro de 2012 tendo como objetivo geral a prevenção dos diversos tipos de violência doméstica e estímulo da cultura da paz. Estava ligado ao setor de Epidemiologia desse município, porém toda a equipe de Atenção Básica e Estratégias de Saúde da Família foram envolvidas no desenvolvimento das ações. O município de estudo conta com uma população de 30.777 habitantes, destes 14.992 são homens e 15.785 são mulheres. Além de todos os esforços dispensados com ações contra a violência das mulheres, crianças e adolescentes, há também inúmeras ações voltadas para as ações de combate a violência em idosos e homens. O estudo se caracteriza como sendo um estudo observacional descritivo, pois utiliza os dados de forma agrupada não sendo possível a identificação individual de cada sujeito. A pesquisa foi realizada com dados de base secundária obtidos através do SINAN, Sistema Nacional de Agravos de Notificação, no mês de setembro de 2014. Foram extraídos dados das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências no Brasil, no estado do Paraná e no Município em questão no período de Janeiro a Dezembro dos anos de 2011, 2012 e de 2013, entre indivíduos do sexo masculino e feminino, a faixa etária utilizada foi da população de menores de um ano a 14 anos, de 15 anos a 29 anos, 30 a 49 anos, de 50 anos a 59 anos e 60 anos ou mais. Por se tratar de uma pesquisa cuja fonte de dados é secundária e de domínio público, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, pois essa pesquisa não fere os princípios da Resolução 466/12. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Os dados são apresentados mantendo os registros (em branco e/ou ignorado),

visando apontar ao leitor as carências ainda existentes no preenchimento dos dados de violências no Sinan-Net e que precisam ser enfrentadas para a melhor qualidade dos dados. Durante todo o ano de 2011 teve-se um total de 05 notificações, com a implantação do Projeto Beija – Flor esse número teve um aumento gradual em 2012 com um total de 41 notificações e no ano de 2013 esse número aumentou em 500% ou seja, teve um total de 239 notificações durante todo o ano, em relação a toda faixa etária. Obtiveram-se Notificações de crianças menores de 1 ano a 14 anos, sendo um total de 20% de notificações em 2011, em 2012 com 14,6% e em 2013 um total de 15,5%. Logo em seguida com 20% em 2011, 29,3% em 2012 e obteve um grande aumento em 2013 sendo um total de 36,8% para indivíduos com faixa etária de 15 anos a 29 anos, também tivemos indivíduos de 30 anos a 49 anos com um percentual de 60% no ano de 2011, com 48,8% em 2013 um percentual de notificações de 33,9%. Para indivíduos de 50 anos a 59 anos, não tiveram notificações no ano de 2011, tendo um total de 2,4% no ano de 2012 e um total de 5,9% de notificações em 2013. Para finalizar idosos com 60 anos ou mais não se apresentou notificação em 2011, no ano 2012 com 4,9% e 7,9% das notificações em 2013. Tendo um total de 0% em 2011, 2012 e 2013 de brancos e/ou ignorados. Está constatação revela a necessidade de intervenção dos profissionais que compõe a rede de atenção e enfrentamento à violência, a fim de que possam desenvolver ações de cuidado para as vítimas, bem como, ações de prevenção deste agravamento envolvendo vítimas e agressores. Verifica-se um aumento gradual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências nos anos de 2011, 2012 e 2013. O aumento das notificações foi de 500% no ano de 2013 com relação ao ano de 2012, sendo que a faixa etária acima de 50 anos

foi a que representou o maior aumento percentual. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através desse estudo, pode-se conhecer como o atendimento dos indivíduos vítima de algum tipo de violência tem sido necessário e os grandes desafios encontrados na oferta do serviço e, conseqüentemente, conhecer como os gestores têm agido no combate e enfrentamento das violências. É preciso, primeiramente, que haja um reconhecimento por parte dos governantes da importância do combate às situações de violência, visto que muitas das limitações do Serviço podem ser combatidas a partir de decisões tomadas pelo município, como melhor infraestrutura e condições de trabalho, contratação de profissionais e a realização de capacitação permanente. A desarticulação da rede, de fato, é uma fragilidade que requer uma atenção especial. Inúmeros órgãos competentes estão envolvidos na garantia dos direitos da criança e do adolescente, como Conselhos Tutelares, Delegacia Especializada, Ministério Público, Defensoria Pública e Juizado da Infância e Juventude, bem como, serviço especializado – Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). É extremamente necessário que esses órgãos e instituições estejam articulados e fortalecidos, para que as suas ações sejam efetivas. Dessa forma, verifica-se a necessidade do trabalho de conscientização dos atores envolvidos para que assim possa-se reativar o Centro de Atendimento Específico às vítimas de Violências Domésticas, Sexuais e outras Violências. Continuar a realização de notificações de violência nas unidades básicas de saúde integrando os serviços relacionados à prevenção de violência (Delegacias, Conselho Tutelar, CRAS); oferecer suporte e atendimento as vítimas de violência; prevenir os diversos tipos de violências e realizar trabalho em redes.

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARRECAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça, Gabriela Rodrigues Macêdo

Palavras-chave: Planificação, Atenção Primária à Saúde, processos de trabalho, saúde da família

O presente artigo trata-se de um relato de experiência de uma Equipe de Saúde da Família, na implantação da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) no município de Tauá – CE, ocorrida de janeiro de 2014 a junho de 2015. A PAPS trata-se do planejamento da atenção à saúde, com o objetivo de fortalecer as práticas de cuidado e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo é apresentar a experiência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Marrecas no processo de PAPS. Localizada na zona rural, com 06 microáreas e responsável pelo cuidado de 2170 pessoas. A metodologia utilizada foi desenvolvida em 12 módulos através de trabalhos em grupos, textos, exposições dialogadas e atividades de dispersão, este último realizado no território com apoio da tutoria e participação de todos os membros da equipe. A PAPS possibilitou significativas mudanças, dentre elas:: melhoria nos indicadores de produção, atendimento agendado por bloco de horas, agenda programada de ações de promoção de saúde, melhoria na infraestrutura da unidade, maior integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. A PAPS foi uma experiência complexa e que demandou o envolvimento e integração de todos os atores envolvidos. Observou-se que por meio da reorganização dos processos de trabalho, a ESF será mais resolutiva e poderá garantir o cuidado integral dos usuários.

POTENCIALIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Robéria Mandú da Silva Siqueira, Any Karoliny Macena Samudio, Edivania Anacleto Pinheiro, Eliza Farias Sampaio, Fabiana Martins de Paula

Introdução: A educação popular em saúde reconhece que os saberes são construídos diferentemente. Assim, por meio da interação entre sujeitos é possível que se tornem comuns ao serem compartilhados (GONÇALVES et al., 2008). Para que a comunidade comece a envolver-se como interlocutora é necessário que “as mensagens não lhe sejam alheias ou estranhas, mas que as sinta suas, que se reconheça nelas” (IPEA, IPLAN, 1989). São descritos dois modelos de educação em saúde, o primeiro diz respeito ao modelo tradicional onde as escolhas consideradas saudáveis pelos profissionais da saúde são propostas como as únicas opções possíveis e disponíveis aos indivíduos. Enquanto o segundo é o modelo radical, diz respeito à busca do fortalecimento da consciência crítica das pessoas, transferindo o foco das ações educativas para um investimento no potencial dos grupos sociais. (SOUZA et al., 2005). Para Rigon (2011) a prática de educação em saúde no dia a dia do contexto hospitalar é reconhecida pelas enfermeiras por meio de orientações, nos cuidados diários, nas orientações para a alta hospitalar, preparando para a continuidade do cuidado em casa. Também consideram o conhecimento como a base para a sua atuação, seguido por competência, responsabilidade, dedicação e comprometimento. Apesar das enfermeiras desejarem realizar a educação em saúde, nem sempre conseguem fazer devido a diversos fatores, dentre os quais, destacaram a dificuldade de lidar com culturas diferentes, a falta de pessoal e a falta

de disponibilidade e de comprometimento da equipe como um todo. Segundo Colome e Oliveira (2012) além dos enfermeiros, que desde a formação são instigados a desenvolver a educação em saúde, outros representantes das profissões da saúde foram considerados como agentes autorizados a planejar, coordenar e desenvolver ações educativas em saúde. No entanto, para outros profissionais contrapondo-se aos tradicionalistas, fazer a educação em saúde não é prerrogativa apenas dos profissionais da saúde e que essa prática se configura como um campo de parceria entre profissionais da saúde, profissionais de outras áreas e membros da comunidade, assim, sendo um campo ampliado e intersetorial. Descrição da experiência: A Residência Multiprofissional do Hospital São Julião/Campo Grande/MS, Brasil, tem o objetivo de desenvolver a pós-graduação unindo ensino, pesquisa e serviço na reabilitação ao idoso, contempla os profissionais da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Foi-nos apresentado a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), tendo como premissa a presença de cuidador/família. O cuidador/família é treinado e capacitado para o ato de cuidar em domicílio. Uma vez na semana acontece a reunião entre equipe de saúde e cuidadores, sendo que cada reunião é ministrada por um profissional da saúde, trabalhando com temas que podem surgir dos próprios cuidadores como uma demanda espontânea ou de necessidades levantadas pelos profissionais. Os temas podem abranger tanto cuidados com o paciente quanto o autocuidado, uma vez que para cuidar é preciso preocupar-se consigo mesmo. A forma de abordar os temas contempla o saber compartilhado, onde os profissionais não são os detentores do saber, mas trazem a reflexão sobre a problemática levantada. Após a roda de conversa entre profissional da saúde e

cuidadores é feita uma abordagem utilizando vídeos, grupos de debates, dinâmicas, folders e discussões sobre os temas de forma diversa, ao final abre o espaço para que coloquem as suas considerações sobre a reunião e possam solicitar o tema da próxima, que será ministrada por outra área profissional. Impactos: Considera-se que ao realizar a educação em saúde é possível o empoderamento do indivíduo para o ato de cuidar do outro ou praticar o autocuidado, assim o cuidador/família refletirá sobre o seu hábito de vida e por meio da reflexão crítica e apoio profissional terá a capacidade para incorporar hábitos mais saudáveis. Uma comunidade que esteja consciente da sua situação de saúde e instrumentalizada para melhorar a prática de vida pode reduzir as morbidades crônico-degenerativas que crescem cada vez mais na sociedade contemporânea. Além disso, o fato de instrumentalizar a família para o ato de cuidar do indivíduo é de extrema importância, uma vez que a mesma encontra-se em situação de despreparo para lidar com conflitos do cuidar e do ser cuidado, isso é expresso na reunião com muita frequência. É notória a diferença entre o cuidador que esteve há mais tempo na reabilitação e assim já presenciou várias reuniões e os que estão iniciando, proporcionando troca de saberes entre os mesmos. Apesar de se falar em educação em saúde na Atenção Primária é extremamente importante que a Atenção Secundária também se aproprie da mesma, pois é nesse momento que o indivíduo e a família necessitam de atenção quanto às medidas de prevenção primária, secundária e de maiores complicações, e também que possam construir uma reflexão sobre a sua vida e sobre as mudanças cabíveis em curto, médio e longo prazo. Com cuidadores/família mais conscientes da realidade e de como contribuir para a reabilitação a chance desses indivíduos retornarem aos atendimentos de níveis

Secundários e Terciários é reduzida, assim a Atenção Primária pode continuar com o acompanhamento da atenção à saúde dispensada à família. Considerações finais: Por conseguinte, a educação em saúde pode ser realizada por diversos profissionais e tem um impacto que pode até não ser sentido de imediato, contudo durante os anos que se seguem é possível que as doenças crônicas degenerativas sejam reduzidas. É preciso a incorporação dos serviços de saúde, independentemente do nível de atenção na prática da educação em saúde dos indivíduos e famílias para o ato de cuidar e para o empoderar-se. A reunião com os cuidadores é uma prática que possibilita uma abordagem ampla e que contribui para auxiliar no processo de reabilitação e conseqüentemente melhorar a rede de atenção por contribuir para menos reinternações ocasionadas por práticas passíveis de prevenção. Na reabilitação é preciso que se capacite a família para o ato de cuidar e de estimular, assim essa prática de educação em saúde é indispensável no âmbito hospitalar. Como a prática de cuidar também gera um conflito interno de desgaste físico e mental, ter um ambiente que possibilite a expressão dos sentimentos, angústias, dúvidas e anseios do cuidador/família proporciona satisfação do mesmo, devido à redução da sua ansiedade que emerge do desconhecimento e da sensação de incapacidade perante à situação de invalidez do indivíduo que está sendo cuidado.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM RELATO SOBRE A ATUAÇÃO DE RESIDENTES DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ADOLESCENTES

Valeria Baccarin Ianiski, Camila Fabiana Lemos, Roseli Mai, Vivian Heimerdinger, Linda Cristina Sangoi Haas

Palavras-chave: Equipe Interdisciplinar de Saúde, Atenção primária a saúde, Serviços de saúde escolar

Apresentação: O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e Educação, a qual foi instituída através do decreto presidencial nº 6.286 em 05 de dezembro de 2007. A mesma constitui-se numa política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, sendo realizada pelas Equipes de Saúde e Educação de forma integrada, proporcionando saúde e educação de maneira integral. A articulação entre escola e Rede Básica de Saúde é a base do PSE (BRASIL, 2007). A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das mesmas, minimizando o sofrimento e a incapacidade, atuando sobre o conhecimento das pessoas e a capacidade de intervir sobre suas vidas (DIAS et al., 2009; PONTE et al., 2006). O processo de educação em saúde é um dos pilares da promoção e prevenção de agravos à saúde que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007). Os usos das tecnologias leves do cuidado ocorrem através da escuta, do acolhimento e da formação do vínculo, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos envolvidos na construção do seu cuidado, o que se torna essencial no processo de trabalho multidisciplinar o qual promove a corresponsabilidade e a cogestão do cuidado (MERHY, 2007). Logo, este relato busca elucidar a vivência de residentes multiprofissionais da Saúde da Família sobre o trabalho multidisciplinar realizado no ambiente escolar com adolescentes através de um método de trabalho mais dinâmico e interativo. Desenvolvimento Este

trabalho trata de um relato de experiência sobre a vivência de residentes das áreas de enfermagem, nutrição e psicologia na inserção do projeto piloto “O Jogo da Vida”, no Programa Saúde na Escola, como estratégia de educação em saúde. O jogo é desenvolvido quinzenalmente, com duração de uma hora por encontro, em uma escola estadual inserida no território de saúde do município de Santa Rosa. O Jogo da Vida baseia-se em uma adaptação do tradicional jogo de tabuleiro, no qual não há número limitado de jogadores. As questões do jogo envolvem as fases do ciclo da vida (infância, adolescência, vida adulta e a velhice) englobando os temas sugeridos pelo programa, como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, alimentação saudável, violência e o abuso de álcool e outras drogas, levando os participantes a refletirem sobre suas vivências bem como, aproximar a equipe de saúde dos educandos. Na adaptação utilizada construiu-se um tapete que possui oitenta casas, o qual foi “decorado” pelos participantes. Cada casa corresponde a uma pergunta de tal forma que todos os temas propostos sejam abordados. Os estudantes são divididos em dois grupos, devido ao fato de haver perguntas específicas para cada gênero, o que poderia causar situações de constrangimento entre os participantes. Para iniciar o jogo cada participante coloca sobre a primeira casa um objeto que lhe represente. Todos os participantes, inclusive os residentes, respondem a todas as perguntas, avançando juntos nas casas, interagindo no jogo do começo ao fim. As questões seguem uma ordem numérica, sendo lida pelo educando de forma voluntária, assim, os mesmos leem a pergunta e iniciam a seção de respostas, discussões e reflexões. Impactos: A Estratégia de Saúde da Família tem o intuito de motivar práticas de saúde humanizadas, o fortalecimento, a construção de vínculos entre profissionais, usuários e comunidade,

além do reconhecimento da saúde como um direito. A educação em saúde não possui somente a finalidade de informar, mas de agregar saber de forma que o indivíduo desenvolva autonomia e responsabilidade sobre o cuidado de si (MACHADO et al., 2007; MANTOVANI et al., 2014; GERMANI et al., 2011). O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer (MACHADO et al., 2007). O acesso à informação é algo fácil hoje em dia, porém, muitas informações chegam à população de maneira distorcida, induzindo-os aos erros. Apesar do fácil acesso, a falta de diálogo entre o setor saúde, escola, educandos e pais ainda se caracteriza como um obstáculo a ser superado. A escola por muitas vezes acaba assumindo funções que extrapolam o seu papel na formação do sujeito, ficando a família de fora do processo de educação e constituição do mesmo. Esta nova proposta de abordagem com os educandos, de forma lúdica e interativa fez com que ocorresse maior aproximação entre o educador e educando e entre o educando e o profissional de saúde, promovendo trocas de vivências e tão logo, a quebra de barreiras pré-estabelecidas, as quais tinham por efeito um distanciamento entre educador e educandos. O Jogo da Vida apresentou-se como uma estratégia de cuidado a saúde de maneira intrínseca, pois, indiretamente, os adolescentes expõem seus conhecimentos e dúvidas sobre as temáticas abordadas, possibilitando que os profissionais ali presentes expunham o conhecimento de maneira não autoritária ou ditadora, com uma linguagem de fácil entendimento, mas com o propósito do cuidado, prevenção e promoção da saúde. Considerações Finais: Essa dinâmica possibilitou aos residentes uma reflexão acerca do modelo de trabalho

interdisciplinar que vem sendo desenvolvido pela residência multiprofissional em conjunto com a estratégia de saúde da família e a escola, enquanto espaço disseminador de conhecimento e aprendizagem. Torna-se cada vez mais desafiador trabalhar com o público adolescente, todavia, buscar alternativas interativas onde o jovem será o protagonista do seu cuidado é algo inovador e que merece um olhar diferenciado. O Jogo da Vida possibilitou maior estabelecimento de vínculo entre os educandos e esclarecimento sobre questões e situações que transcendem a vida diariamente. Trabalhar cada etapa da vida permite trabalhar as questões intrínsecas a esta fase, desta forma os principais objetivos do PSE foram trabalhados de forma dinâmica, interativa e prazerosa fortalecendo o vínculo entre profissionais, educandos e escola.

PROJETO DE INTERVENÇÃO: ACOLHIMENTO NO SUS ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Caren de Lima Teixeira

Palavras-chave: AIDS, Acolhimento, Saúde

Apresentação O projeto foi pensado para ser desenvolvido na Policlínica Antônio Ribeiro Netto (antigo PAM 13 de maio) que está situada na área programática da A.P 1.0, centro da cidade do Rio de Janeiro. Nos anos 1950 foi sede do serviço médico do IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões Bancárias (IAPB), passando posteriormente a chamar-se Posto de Assistência Médica Treze de Maio (PAM 13 de maio), tendo vínculo com o Ministério da Previdência e Assistência Social e ao INAMPS até 1988, quando passa a ser gerido pelo Ministério da Saúde. O PARN tem como missão, a prestação do serviço público de saúde em regime ambulatorial usando a promoção, prevenção, reabilitação, assistência e

vigilância epidemiológica dentro dos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde. O projeto de intervenção: Acolhimento no SUS às pessoas vivendo com HIV/AIDS, que se encaixa no eixo 2 deste congresso, surgiu durante o meu período de estágio obrigatório e a partir da convivência com pacientes da clínica de infectologia da Policlínica Antônio Ribeiro Netto. Temos como estratégia a construção de vínculo do usuário com a instituição que o recebe para tratamento da doença, estabelecendo uma relação de confiança entre eles, os profissionais e serviços de saúde pública. (MS, 2012). Para a sua realização, é preciso haver o reconhecimento do usuário como sujeito de direito e a disponibilidade do profissional para a escuta de suas necessidades, avaliando a demanda e a possibilidade de priorização do atendimento dos aspectos psicossociais relacionados à singularidade e cada indivíduo e sua história de vida, considerando as vulnerabilidades e evitando julgamentos ou preconceitos. (Ministério da Saúde, 2012, p.37). O acolhimento poderá ser realizado na chegada do paciente (recém-diagnosticado portador do vírus HIV) ou poderá ser realizado também no sentido de trazer de volta ao tratamento pacientes que por algum motivo interromperam a medicação e comparecimento às consultas médicas e atividades ligadas à promoção da saúde. Desenvolvimento do trabalho Na Policlínica Antônio Ribeiro Netto, o Serviço Social participa do processo de chegada e tratamento do paciente, dando orientações, promovendo atividades de orientação quanto às políticas públicas na saúde e acesso a direitos aos pacientes e seus familiares. É também realizado o trabalho de estabelecer contato com pacientes que por algum motivo abandonam o tratamento. Neste sentido busca-se recuperar o vínculo que o paciente tinha com a unidade de saúde, trabalhando a importância de manter o tratamento médico e fornecer

informações sobre acessos às políticas que possam de algum modo possibilitar a continuidade de tratamento na policlínica. A esses dois processos em que o assistente social intervém (chegada e abandono) nomeamos acolhimento, que sob uma postura ética, implica na escuta do usuário e seu reconhecimento no protagonismo nas decisões referentes à vida pessoal. É um desafio para os profissionais da saúde de um modo geral, afinal todos estão envolvidos na prestação dos serviços em saúde e tratamento dos pacientes. E a prática do assistente social, bem como a dos outros profissionais, requerer atenção na relação profissional – paciente, estar aberto ao diálogo considerando aspectos sociais e econômicos, assim como a singularidade dos sujeitos. Deste modo, vamos além do que o paciente nos coloca em sua fala, realizando mediação e análise crítica das relações socioeconômicas que esses usuários estabelecem na sociedade e que de alguma forma podem contribuir ou impedir na continuidade de tratamento e até na busca pelo tratamento. Resultados e/ou impactos: O projeto se encontra em fase de construção e implementação, pois pretendemos executá-lo em coerência com as demandas reais da unidade, sendo assim, não há até o momento dados conclusivos sobre os resultados obtidos. No entanto, já idealizamos o método avaliativo bem como indicadores de avaliação do projeto. A avaliação se constitui em uma etapa importante do processo ensino-aprendizagem e se dará com a autoavaliação, da avaliação realizada pelo coordenador e da avaliação do processo de trabalho. Em relação à avaliação do processo de trabalho os assistentes sociais e estagiários serão estimulados a avaliar se os objetivos do trabalho estão sendo atingidos ou não, o atendimento às principais demandas, quais as possibilidades e limites do processo de intervenção e como as

ações se relacionam na política de saúde. Como método avaliativo, usaremos a construção do diário de campo como instrumento de memória, avaliação, relato e sistematização da prática profissional, bem como as supervisões individuais e de grupo no setor onde buscamos a troca de experiências do cotidiano do atendimento aos usuários, participações dos grupos, etc.; além também dos instrumentos comuns de estatística do setor e formulários avaliativos da unidade. Considerações finais. A garantia de efetividade nesse processo é o que explica a prática do acolhimento, pois muitos dos casos de abandono ou não buscar orientação e acompanhamento médico entre os portadores do vírus HIV acontece, pela falta de informação sobre as possibilidades de uma vida minimamente normal para estes pacientes, não adesão às medicações, pelo preconceito já historicamente construído em nossa sociedade e os estigmas já legitimados. O acolhimento no Serviço Social busca trabalhar esses fatores que impedem o acesso destes pacientes à saúde pública, trabalhando a importância do cuidado em saúde e do autocuidado do próprio paciente, das relações de preconceitos que existem na sociedade, mas que não devem ser impeditivos para a busca de uma vida melhor convivendo com o vírus.

PROJETO VERDE DE ALEGRIA – A EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Edson Manoel dos Santos, Flávia Oliveira Decresci, Gabriela Kurzawski Nunes

Palavras-chave: Promoção à Saúde, Educação Ambiental, Educação Infantil, Estratégia Saúde da Família, Programa Ambientes Verdes e Saudáveis

APRESENTAÇÃO: A preocupação com as questões ambientais têm se tornado frequentes em nossa sociedade e vem sendo incorporadas por muitos setores e serviços da sociedade, deixando de ser um tema apenas da área ambiental, passando a ser discutido também em serviços e setores que anteriormente não se atentavam a esta temática, como é o caso dos serviços de saúde, em específico a Atenção Básica. A Atenção Básica é resultado de uma das maiores mudanças na organização dos serviços de saúde no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei Federal 8080/90 apresentando a Atenção Básica como a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). O trabalho desenvolvido pelas unidades de saúde não se restringem apenas as ações clínicas curativas, de reabilitação, imunização, planejamento familiar, acompanhamento de agravos, entre outros. Na Atenção Básica a prevenção e a promoção à saúde são tão importantes quanto curar, reabilitar e todas as demais atividades desenvolvidas. As ações de prevenção e promoção à saúde não devem ser tratadas como exclusividade dos serviços de saúde e nem direcionada apenas para o público atendido pelos equipamentos de saúde, podem e devem ser trabalhadas por diversos setores e de diversas formas, buscando sempre atingir o maior público possível. Neste sentido, a educação ambiental pode ser uma ótima estratégia e os equipamentos educacionais os melhores parceiros. O olhar ampliado da educação ambiental abre muitos caminhos e possibilidade para se promover saúde, e na educação este trabalho já pode ser iniciado nos primeiros anos da vida escolar das crianças. Na cidade de São Paulo, uma das formas de promover saúde na Estratégia Saúde da Família é o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS),

que é um programa de meio ambiente da Secretaria Municipal de Saúde com o intuito de correlacionar a temática ambiental como mais um aliado na prevenção e promoção à saúde através do desenvolvimento de projetos socioambientais e de parcerias intersetoriais e intersecretariais. Pensando que meio ambiente e saúde são questões vinculadas e indissociáveis, o PAVS busca trabalhar a melhoria da qualidade de vida da população alocada à área de abrangência das UBS, resgatando a apropriação do território e a criação de políticas públicas de saúde e meio ambiente. O PAVS está presente em mais de 240 Unidades Básicas de Saúde com o modelo Estratégia Saúde da Família na cidade de São Paulo. Partindo dos pressupostos da integração entre educação e saúde, do fazer ambiental como estratégia de promoção à saúde, profissionais da Unidade Básica de Saúde Jardim Panamericano (Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo) desenvolveram o Projeto Verde de Alegria que teve como objetivo abordar de forma lúdica por meio de brincadeiras e narração de histórias a problemática da dengue, a geração e a destinação adequada do lixo, o consumo consciente dos recursos naturais e como estas questões podem afetar nossa saúde, com crianças de centros de educação infantil na área de abrangência da unidade de saúde. Este projeto tem por objetivo apresentar os resultados do projeto Verde de Alegria desenvolvido por profissionais da UBS Jardim Panamericano no CEI Estrela da Manhã e CEI Cantinho Mágico.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Projeto Verde de Alegria foi desenvolvido por profissionais da Unidade Básica de Saúde Jardim Pan-americano (Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Coordenação da

Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo) em parceria com o Centro de Educação Infantil Estrela da Manhã e Centro de Educação Infantil Cantinho Mágico, todos no Distrito do Jaraguá, região norte da cidade de São Paulo. As atividades foram realizadas 01 vez por semana ao longo de dois meses com duração aproximada de 120 minutos cada atividade. O projeto teve como objetivo abordar temas de saúde ambiental com as crianças das instituições parceiras através da temática da dengue, da geração de lixo e o consumo consciente com as crianças, se utilizando de brincadeiras como jogos de tabuleiros, gincanas para identificar focos de mosquito da dengue, confecção do mosquito da dengue com materiais recicláveis, observação de exemplares reais do mosquito *Aedes aegypti*, cantigas de rodas no começo e final das atividades e narração de histórias, para apresentar os temas aos alunos, sempre sob a supervisão das suas professoras. Resultados Ao todo foram realizadas 12 atividades com a participação de 82 alunos e 06 professoras. Em todos os momentos as professoras das turmas acompanharam as atividades desenvolvidas. No decorrer do projeto, pode se perceber uma preocupação das crianças em identificar os focos do mosquito *Aedes aegypti* – transmissor da dengue -, o uso consciente da água e o maior cuidado e atenção ao lavar as mãos e escovar os dentes evitando assim o desperdício - a importância do trabalho dos coletores de lixo, bem como colocar o lixo para coleta nos dias e horários corretos, o incentivo a coleta seletiva e a reutilização de materiais recicláveis através da produção de brinquedos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A parceria entre a UBS e o CEI Estrela da Manhã e o CEI Cantinho Mágico são fundamentais para reforçar a importância da atuação intersecretarial na promoção à saúde. As atividades desenvolvidas com os alunos no

tocante a sensibilização ambiental é capaz de atingir um público maior e que não é possível calcular, pois além das crianças e suas professoras, o conhecimento adquirido é transmitido para suas famílias, que relatam tanto para as professoras, quanto para profissionais da unidade de saúde o cuidado das crianças com a água e a energia, e que sempre reforçam em casa o que aprenderam com a equipe da unidade de saúde. O trabalho educativo desenvolvido apenas nos serviços de saúde tem potencial de alcançar determinados públicos, mas quando a ação é desenvolvida em conjunto com as unidades educacionais, seu potencial de alcance é bem maior. Além, de contribuir na formação e no desenvolvimento das crianças, futuros cidadãos conscientes da importância do cuidado ao meio ambiente como forma de prevenção e cuidado à saúde.

PROMOÇÃO DE SAÚDE EM OCUPAÇÕES NO CENTRO DE SÃO PAULO

Patrícia Maria Lino Pinheiro

Palavras-chave: promoção saúde, ocupações

As ocupações urbanas no centro da cidade de São Paulo caracterizam-se pelo ato de invadir imóveis/propriedades abandonados e transformá-los em moradia. Encontram-se em território conflituoso, haja vista que atuam em oposição ao princípio de propriedade e às atuais transformações urbanas no centro da cidade. A permanência e as condições de vida nas ocupações não é fácil. Além do risco constante de ações de reintegração de posse, as famílias têm que enfrentar situações precárias de moradia: cortes no fornecimento de água e luz, problemas na vedação, ausência de saneamento básico, acesso difícil aos andares superiores dos prédios mais altos, riscos de incêndio, grande número de

vetores como ratos e baratas e etc. A equipe de saúde da família da UBS-Sé, tem em seu território de abrangência 3 ocupações: Ocupação Florêncio de Abreu, Ocupação do Carmo e Ocupação Tabatinguera, caracterizadas por uma densidade grande de moradores, com uma divisão irregular dos espaços internos dos prédios, a realização de ligações elétricas irregulares e o número reduzido de banheiros são alguns dos pontos que causam grandes riscos à saúde desta comunidade. O trabalho desenvolvido junto a essas famílias foi de educação e promoção à saúde identificando e monitorando os riscos e as condições de saúde, realizamos um levantamento do acesso e acondicionamento da água, condições de saneamento básico, monitoramento de vetores (*Aedes Aegypti*, escorpiões, ratos, baratas), condições de armazenamento de alimentos, imunização, levantamento das crianças que estão fora da escola, monitoramento de violência dentre outros. Uma das primeiras ações realizadas foi a de monitoramento da água, visto que o número de crianças com diarreia e dificuldade em ganho de peso era muito grande, foi feita orientações sobre a forma de acondicionamento da água, a lavagem dos recipientes, o uso de hipoclorito e a ressaltado a importância destas ações. O saneamento básico é uma das questões mais complicadas em ocupações, pois há um número reduzido de banheiros para uma densidade muito grande de moradores, e a limpeza não acontece de forma adequada, as crianças têm contato com dejetos e o odor causa muito incômodo, foi realizado a identificação dos banheiros e o número de pessoas que utilizam e através de orientações foi feito a limpeza com hipoclorito e a divisão da responsabilidade de manutenção da limpeza pelos moradores. Como em alguns pontos das ocupações não há acesso a eletricidade, o armazenamento de alimentos fica comprometido, causando

alterações gastrointestinais pelo consumo de alimentos inadequados, foi realizado o remanejamento de refrigeradores para pontos comuns para beneficiar o maior número de famílias, e orientado o acondicionamento adequado de alimentos não perecíveis. Os vetores são outro assunto muito difícil, os ratos trazem grande transtorno aos moradores, houve caso de crianças com enurese noturna por conta de não poder levantar da cama devido a quantidade de ratos no chão, junto a zoonoses conseguimos algumas iscas e veneno e dispomos em locais estratégicos, além de realizar uma orientação intensiva sobre as formas de controle dos 4 As (acesso, água, abrigo, alimento). Junto ao conselho tutelar identificamos todas as crianças fora da escola e pleiteamos junto a defensoria público o acesso dos mesmos, os casos de violência são numerosos, devido a densidade de pessoas ser muito grande os conflitos se fazem numerosos também, o que fazemos e um monitoramento contínuo para identificar os casos e encaminhá-los dentro dos fluxos estabelecidos. As estratégias para o trabalho nas ocupações são dinâmicas e se desenvolvem conforme o cenário vigente no momento das ações, apesar de todas as dificuldades ficamos muito contentes em ter desenvolvido ações junto aos moradores, em particular com as crianças, adolescentes e os portadores de deficiências. É muito gratificante desenvolver oficinas de brinquedos com material reciclado, uso de palhaços para incentivar a lavagem de mãos, reuniões de saúde bucal e escovação, grupos de puericultura, jornal mural, promover seções de cinema com filmes que os fazem refletir sobre sua condição de vida, sobre planos futuros, sobre possibilidades. A atuação com a abordagem em saúde mental é o grande mote que temos para amenizar mesmo que momentaneamente as condições de vida dos moradores que cuidamos. Um

dos desafios para o desenvolvimento das ações é a presença do tráfico de drogas e seus trâmites dentro das ocupações, já houve caso de agentes comunitários que foram utilizados como escudo, a dificuldade de acesso em determinados locais ou a determinadas famílias devido a ordens dos chefes do tráfico. O poder paralelo dos traficantes é um dos problemas que mais nos preocupa quando estamos na ocupação, pois os códigos de regras a ser seguido pelos moradores impedem muitas vezes de identificar casos de violência. O risco da polícia realizar uma abordagem enquanto estamos lá ou quando há acerto de contas entre eles causa uma ansiedade na equipe quanto a segurança dos seus membros na realização das ações propostas. Outro fator é quando temos que levar membros de outros serviços ex: zoonoses, arte educadores, e o acesso tem de ser negociado e planejado conjuntamente com os “chefes” das ocupações. Considerando o processo de cuidado e promoção de saúde nas ocupações do centro de São Paulo, verifica-se desafios diários, pois há mudanças no cenário das ações constantemente, outro fator encontrado e a rotatividade dos moradores, há intercâmbio entre as ocupações e muitas vezes há visitas programadas, mas a família já foi deslocada para outra ocupação. O planejamento das ações pela equipe de saúde da família é realizada semanalmente para estar sempre atualizada com as modificações que acontecem nas ocupações, há sempre a preocupação de organizar o trabalho de forma intersetorial, tendo como colaboradores profissionais de diversas áreas como biólogos, sanitaristas, farmacêuticos, arquitetos e educadores. O estabelecimento do vínculo com estas famílias propicia a validação das orientações de saúde realizadas e as ações programadas, verificando-se uma melhora visível nas condições de saúde desta população, porque estar junto a comunidade no local

de moradia e identificar os riscos e formas de intervenção no ambiente conjuntamente com as famílias, faz com que a efetividade do trabalho realizado seja otimizado e a possibilidade de ofertar um trabalho que diminua as iniquidades e atue tentando minimizar os determinantes sociais de saúde seja uma realidade, com ações concretas de cuidado à saúde dos moradores.

PROMOVENDO SAÚDE MENTAL: GRUPO PARA ACOMPANHANTES DE RÉCEM-NASCIDOS

Bárbara Gregório Gouveia, Ivanice Jacinto da Silva, Analine de Souza Bandeira Correia, Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva, Talitta Dantas de Arruda, Maria do Socorro Gomes Campos Mendes, Jordane Reis de Meneses, Lenilma Bento de Araújo Meneses

Palavras-chave: Acompanhantes de RN, Saúde Mental, Grupo terapêutico

APRESENTAÇÃO: Durante o período gestacional a mulher vivencia uma série de mudanças corporais e passa a refletir sobre um novo ser que faz parte dela. A família cria expectativas em relação a chegada de um bebê saudável e atermo, mas nem sempre é o que acontece, existindo então uma ruptura no processo natural do pós-parto, o que possivelmente desencadeia sofrimento emocional nas mães de Recém-Nascidos (RN), e assim se faz necessário maior atenção em relação a sua saúde mental. As acompanhantes de RN passam a vivenciar uma mudança brusca na rotina que havia sido planejada durante toda a gestação, precisando se readaptar ao cotidiano hospitalar, além de ser ainda um período de reorganização corporal, familiar e social. Diante desse contexto percebe-se a importância de dar atenção e cuidar dessas mães e até pais e avós que se fazem presente na nova rotina hospitalar.

A paternidade e a maternidade faz com que os pais passem a construir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade, estabelecendo a construção dos vínculos, e da reestruturação da rede de comunicação familiar, além de estabelecer os novos papéis sociais que os pais irão ocupar. Diante dessa demanda visualizou-se a necessidade de um espaço terapêutico que propiciasse discussões e reflexões acerca do período que elas estão vivenciando, e assim foi pensado um grupo com as acompanhantes de RN, tanto com as mães que estão internas com bebês na UTI neonatal, como as que estão no método canguru, na UCINCO e as mães que receberam alta, mas o filho permanece interno. Nos grupos são discutidos temas relativos ao período puerperal, assuntos componentes afetivos, auto cuidado, atividades temáticas de campanhas de saúde, desenvolvimento de atividades artísticas manuais e corporais, sendo grande parte demanda dos acompanhantes de RN, ou temas escolhidos pelas residentes quando as mães deixam em aberto as sugestões para os próximos encontros. Este grupo foi uma iniciativa compartilhada pela Psicóloga preceptora da Unidade Materno Infantil de um hospital escola, juntamente com as residentes multiprofissionais em saúde mental da RESMEN da Universidade Federal da Paraíba, contando com os núcleos profissionais de Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social. **OBJETIVOS:** Os principais objetivos das atividades foram de realizar grupos que possibilitem reflexões acerca do período puerperal e de interesse pessoal, assim como prover ações de promoção de saúde mental, amenizando os sintomas, estimulando hábitos saudáveis, bem como trocas afetivas e promovendo um aprendizado nas relações interpessoais. Além de amenizar o sofrimento mental dos acompanhantes de RN proporcionado

pelo ambiente hospitalar e pela situação vivenciada, seu intuito é de desenvolver atividades que promovam a integração e socialização entre os acompanhantes de recém-nascidos, possibilitando o compartilhamento das experiências e expectativas para alta do bebê. Por fim, as residentes planejam, monitoram e avaliam periodicamente as ações do grupo, com vista à definir as ações do grupo de acordo com as demandas do mesmo. **METODOLOGIA:** Foram realizados grupos terapêuticos com a periodicidade de uma vez por semana, com duas horas de duração. A dinâmica utilizada para cada encontro foi dividida em três momentos: no primeiro momento uma atividade de descontração e interação, segundo momento da discussão/reflexão sobre um tema e o terceiro momento de práticas manuais e corporais, além da avaliação do encontro. Utilizou-se a metodologia da Educação Popular em Saúde, a qual se baseia na perspectiva da Saúde Integral, visando à criação e execução de políticas públicas e ambientes que reforcem a proposta de ações de cuidado em saúde, tendo também como objetivo aumentar as potencialidades humanas. **RESULTADOS:** A utilização de um grupo com fim terapêutico como intervenção para as acompanhantes de Recém-Nascidos favoreceu momentos de grande riqueza para o coletivo. O primeiro resultado que identificamos foi a união e integração das participantes, pois mesmo vivenciando um cotidiano semelhante e algumas até dividindo quartos, o momento de compartilhar vivências e sentimentos referentes a rotina enfrentada era no grupo. Esse momento possibilitou que elas se tornassem mais empáticas e favoreceu a integração entre as mães, avós que estiveram presentes e até mesmo um pai que participava do método canguru. O grupo também possibilitou uma enorme construção de vínculo entre as cuidadoras, as residentes e a psicóloga do hospital, pois inicialmente havia uma resistência de

participação das mães, mas com o tempo e o uso de uma metodologia em que era permitido que elas realizassem a escolha do tema seguinte da discussão, fizeram com que o grupo passasse a ser mais coeso e proporcionou o fortalecimento dos vínculos construído entre as duas partes. É importante destacar que as participantes permanecem no grupo enquanto o bebê está hospitalizado, portanto há uma rotatividade, sendo a média de participação no grupo de três a quatro semanas. Outro impacto que observamos com tempo no grupo, é que as acompanhantes de RN passaram a ser apoiadoras emocionais umas das outras, gerando um maior sentimento de altruísmo entre elas, esse suporte vai além dos momentos do grupo, chegando até a rotina das mesmas. Também devemos destacar, que juntamente com residentes de outros programas, nas atividades de educação popular sobre cuidados com o bebê prematuro no pós-alta, possibilitamos que os cuidadores presentes pudessem desenvolver e potencializar seus processos de autonomia e sentir-se empoderados para cuidar de seus próprios filhos fora do hospital. É importante destacar que o grupo ganhou grande visibilidade na unidade materno-infantil do hospital universitário, resultado da construção de vínculo com as mães e profissionais do setor. A visibilidade e o apoio dos outros profissionais, bem como a preceptoria da Psicóloga são de extrema importância para assegurar que o grupo continue acontecendo na unidade materno-infantil mesmo com a particularidade do rodízio de equipes da residência multiprofissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por fim, percebemos que o grupo com as residentes multiprofissionais em saúde mental juntamente com a Psicóloga do hospital além de proporcionar intervenções que perpassam diferentes olhares provenientes dos cinco núcleos profissionais das residentes, possibilitou que esses olhares gerassem intervenções

entrelaçadas, que resultaram num grupo de experiências ricas e resultados importantes, sendo visível na rotina das cuidadoras uma maior integração, um sofrimento amenizado pelo compartilhamento de experiências e principalmente uma construção de vínculo entre profissionais e participantes do grupo.

REFLEXÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO NA SAÚDE À LUZ DA PNH: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DAS APOIADORAS INSTITUCIONAIS DO DISTRITO DE SAÚDE SUL, MANAUS/AM

Luciana Diederich Nunes Pessôa, Rosimary de Souza Lourenço

Palavras-chave: percepções, HumanizaSUS, processos de trabalho

Apresentação: A Política Nacional de Humanização-PNH, instituída no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde tem como um dos princípios a transversalidade, pois circula em todas as nuances da vida, concebida para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS, no cotidiano do pensar e fazer saúde, na produção de mudanças efetivas do cuidado em saúde. Compreende também o aumento do grau de corresponsabilidade, pois é imperioso a participação dos diversos atores envolvidos neste processo. A PNH aposta no protagonismo dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde, estimulando os diálogos entre os mesmos, buscando romper com as práticas desumanizadoras no cuidado. Neste sentido, o presente trabalho trata de um relato de experiências das apoiadoras institucionais da PNH do Distrito de Saúde Sul, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM, as quais vêm desenvolvendo oficinas sobre a PNH, junto aos trabalhadores e gestores das Unidades de Saúde, provocando reflexões acerca do dia-a-dia, quanto ao seu processo de trabalho, consequentemente despertando outras

inquietações referentes às visões do homem e do mundo, repercutindo no seu fazer profissional. O Ministério da Saúde (2013) postula que o HumanizaSUS aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Constituído como processo dinâmico, onde há circularidade, concretamente representada pela roda de conversa, metodologia amplamente adotada com a perspectiva de lateralidade. Emergindo às apoiadoras institucionais, enquanto facilitadoras o seguinte questionamento: quais as percepções das apoiadoras institucionais da PNH diante das oficinas do HumanizaSUS, sobre o pensar na produção de saúde dos trabalhadores e gestores? O objetivo geral constitui-se em refletir sobre os discursos dos participantes durante as oficinas de HumanizaSUS, e especificamente identificar o protagonismo do trabalhador e gestor das Unidades de Saúde do Distrito Sul; e verificar a existência das inquietações dos trabalhadores e gestores sobre os processos de trabalho. **Desenvolvimento do trabalho:** O caminho percorrido para alcançar os objetivos propostos foi baseado nas rodas de conversas desenvolvidas nas Oficinas de Humanização, utilizando-se das expressões verbais dos integrantes, suscitando análises dos discursos manifestos. Para tanto, o método aplicado refere-se ao dialético, haja vista, a visualização de relações contraditórias dos discursos com a prática vivenciada, constatadas com relativa frequência no âmbito dos serviços de saúde. Para análise dos discursos lançamos mão de abordagem qualitativa, por provocar percepções quanto ao conteúdo das falas a respeito dos processos de trabalho. As oficinas foram desenvolvidas abordando os dispositivos acolhimento e cogestão, sopesando que o Ministério da Saúde (2013) emprega a comunicação entre esses três atores do SUS, provocando movimentos de perturbação e inquietação que a PNH

considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Essas oficinas são demandadas pela gestão, com a justificativa de intervenção junto aos trabalhadores em decorrência de constantes reclamações quanto à prestação de serviços e/ou atendimento aos usuários, como da necessidade em alcançar metas da pactuação de saúde. Para efeitos de análise, o recorte de tempo utilizado neste relato corresponde ao período de março a setembro do ano de 2015, onde foram realizadas oito oficinas, atingindo todos os dezessete gestores das unidades de saúde locais, quatorze técnicos da sede distrital e cento e um trabalhadores lotados em oito unidades das dezessete pertencentes ao Distrito de Saúde Sul. Resultados e/ou impactos Mensurar a subjetividade dos discursos requer desprender-se dos efeitos simplistas causa-efeito, resultantes de pré-julgamentos e preconceitos, pautada numa conduta ético-política. Por isso, as percepções dos discursos durante as rodas de conversas/oficinas tangem a aspectos negativos e positivos relacionados aos processos de trabalho no âmbito da saúde. Destarte como negativos: a maioria dos trabalhadores demonstra está desacreditada em ações que promovam a melhoria dos processos de trabalho, conseqüentemente, apresenta-se desmotivada e sem perspectiva de melhora; generaliza as reações comportamentos dos usuários, rotulando-os negativamente, e por sua vez alguns dos gestores sinalizam ausência de envolvimento de trabalhadores com a produção de saúde e usuários; as rodas de conversa perdem a espontaneidade com a presença do gestor que intimida o trabalhador, externando as relações verticais dos três atores do SUS. Enquanto os positivos referem-se à presença de: discursos de alguns trabalhadores e gestores acerca de perspectivas positivas, por acreditarem no SUS; discursos que

evocam a existência e a busca de informações e conhecimentos por parte dos trabalhadores e gestores, bem como de discursos que sinalizam visões de mundo, vislumbrando constructos positivos do ser humano, tais como: otimismo, esperança, fé, resiliência, solidariedade, empatia e felicidade. Considerações finais: As oficinas do HumanizaSUS representam um espaço de protagonismo e trazem a tona reflexões sobre os processos de trabalho, o cotidiano das pessoas, as relações interpessoais e possibilitam o empoderamento teórico-prático dos seus integrantes, seja ele no papel de facilitador ou não, bem como observar e analisar as falas de seus participantes torna-se fundamental para construção de futuras intervenções. Vale salientar que as percepções são processos mentais que não necessariamente remetem a realidade e que podem representar objeto de indagações e subsidiarem elaborações de novos paradigmas, rompendo com as ideias instituídas que reforçam as práticas cristalizadas. Portanto, a relevância deste trabalho recai sobre ação-reflexão-ação, em outras palavras, propondo atividades que envolvam reflexões do cotidiano dos serviços de saúde, sobre as posturas e o pensar ou vice-versa. Cabe destacar que as oficinas são demandadas a partir de problemáticas, sejam elas de relacionamentos interpessoais/trabalho em equipe ou da compreensão da natureza do serviço, no âmbito do trabalho, o que reporta a ideia de enquadre dos comportamentos ditos inadequados para a prestação de serviços de qualidade, distanciando-se do que deveria ser desejável. Em outras palavras as apoiadoras institucionais da PNH são acionadas para minimizar as tensões ditas desfavoráveis aos processos de trabalho. Outro fator crucial para o realização das oficinas é que necessitem da presença destas apoiadoras nas unidades de saúde, pois o trabalhador

ainda não se vê enquanto protagonista para operar mudanças através das rodas de conversas, por fim faz-se necessário relatar que as apoiadoras acumulam outras ações que demandam dedicação, com isso não conseguem desenvolver um acompanhamento sistemático junto às unidades antecedendo as problemáticas mencionadas. A metodologia da roda de conversas está sendo utilizada em outras ações, haja vista a forma como atinge seus participantes por ocasião da educação permanente dos trabalhadores, contribuindo para a melhoria do cuidado. Sabemos que ainda há muito que fazer e caminhar para se atingir um serviço de qualidade, porém consideramos ser esta a direção a ser seguida, galgando cada passo dado. Utopia não nos representa, seja nos anseios de elevar as relações entre os protagonistas do SUS, ou na oferta de serviços com qualidade e resolutividade, considerando todas as idiosincrasias inerentes ao ser humano. Talvez as percepções descritas anteriormente possam remeter às variáveis condicionantes do atual cenário dos serviços de saúde, mas não podemos afirmar que estas sejam estanques, pelo contrário, representam um desafio a ser transposto, pois neste processo dinâmico estamos sujeitos a constantes modificações, não somos os mesmos de ontem, nem seremos os mesmos de amanhã. É nesta lógica que acreditamos nas pessoas que fazem o SUS dar certo.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DOS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Vanessa T. Gubert de Matos, Luciane da Costa, Maria de Fátima Rubira de Assis, Silvana Dorneles, Edivânia Pinheiro, Marilena Zulim, Camila Polisel

Palavras-chave: Preceptoria, Educação em saúde, Cuidados Continuados Integrados

Apresentação: O Cuidado Continuado Integrado (CCI) se formata como um novo modelo de assistência, centrado na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Em 2014 teve início a primeira turma da Residência em Cuidados Continuados Integrados de Campo Grande – MS, a qual tem como instituição formadora a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e como instituição executora o Hospital São Julião. Diante disso, esse relato teve como objetivo descrever as experiências vivenciadas pelas preceptoras das 06 (seis) diferentes áreas integrantes da Residência Multiprofissional em CCI. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: As áreas da saúde que compõem a residência multiprofissional em CCI são enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia. As residências estão estruturadas com dedicação exclusiva de 60 horas semanais, englobando atividades teóricas e práticas, com o intuito de promover o treinamento em serviço na experiência da integralidade dos Cuidados Continuados. Para tanto, há um período destinado ao atendimento dos pacientes na unidade CCI, visando à prática da multiprofissionalidade. Em um segundo momento, os residentes realizam rodízios em cenários externos, com a proposta de conhecer outras realidades relacionadas à assistência em saúde. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Ao longo dos dois anos de funcionamento desta residência multiprofissional, houve um avanço significativo dentro do serviço desenvolvido por cada área inserida no programa. Os enfermeiros executam o Processo de Enfermagem, que é constituído de exame físico e entrevista, a partir do qual é realizado o levantamento de dados específicos

relacionados à deficiência física e incapacidades que nortearão as ações da Enfermagem para a assistência à pessoa com deficiência física. Nesse sentido, a enfermagem utiliza a Teoria do Déficit do autocuidado por meio do plano de autocuidado e a estratégia dos 5As para a sistematização do mesmo. Assim, as metas são pactuadas em conjunto com o paciente, por isso que o plano de autocuidado está sendo como uma grande ferramenta para a implementação do mesmo no plano é possível identificar quais são as prioridades do indivíduo e de sua família e se passe a utilizar a mesma linguagem de anseios e de perspectivas. Quanto à farmácia, as atividades já existentes no hospital foram aprimoradas e realizou-se a implementação de atividades clínicas e relacionadas à inserção dos farmacêuticos no cuidado efetivo aos pacientes, tais como a orientação ao paciente para o acesso aos medicamentos de que necessita; a educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde; a conciliação medicamentosa; a promoção da adesão do paciente ao tratamento farmacoterapêutico prescrito; a provisão de materiais educativos que apoiem a utilização de medicamentos; a identificação, a prevenção e o manejo de interações medicamentosas e reações adversas e a educação dos pacientes para o armazenamento domiciliar dos medicamentos. Além das atividades clínicas farmacêuticas, tem-se realizado o desenvolvimento de protocolos, manuais e treinamentos a fim de otimizar e padronizar as rotinas internas. Os farmacêuticos também se reúnem semanalmente a fim de compartilharem conhecimentos baseados em evidência científica e relacionados aos casos por eles assistidos. As atividades fisioterapêuticas que começam durante o início da recuperação são apropriadamente modificadas para desafiar e fazer com que o paciente possa progredir até sua

recuperação. São enfatizadas combinações motoras que permitem a concretização das tarefas alimentares, higiênicas, de locomoção e outras tarefas funcionais. O fisioterapeuta inicia com atividades de mobilidade, as quais fará o paciente libertar-se de medos e inseguranças causados pelo desequilíbrio corporal. As atividades realizadas pelos residentes envolvem: exercícios de fortalecimento e alongamento muscular, treino de equilíbrio e estímulos da sensibilidade com a finalidade de minimizar os efeitos das anormalidades de tônus, manutenção de uma amplitude de movimento normal a fim de impedir deformidades; melhoria das funções respiratórias e motoras; mobilização do paciente nas atividades funcionais iniciais envolvendo mobilidade no leito, o ato de sentar, transferências; impedir o descondicionamento; promoção da conscientização corporal, movimentação ativa e uso do lado hemi; melhoria do controle de tronco e equilíbrio na posição sentada; iniciar as atividades de cuidados pessoais, assim auxiliando o paciente entender o que lhe aconteceu e a responder eficientemente a medida que o mesmo tente se adaptar. Já as atividades desenvolvidas pela nutrição são vinculadas ao setor de nutrição e dietética do hospital. No que se refere à dietoterápica dos pacientes, as alterações são realizadas de forma individualizada, após avaliação nutricional. Inicialmente, realiza-se avaliação antropométrica e dietética. Após, são prescritos os cardápios, que são destinados ao setor de nutrição para elaboração. Após a primeira avaliação, realiza-se a reavaliação e avaliação final. No momento da alta hospitalar, são entregues orientações. Foram também implementadas atividades relacionadas à inserção dos nutricionistas nas consultas ambulatoriais de promoção da adesão ao tratamento. A atuação do serviço social é norteadada pelo

Projeto de Reforma Sanitária e o projeto ético-político da profissão, em defesa dos direitos à saúde, preconizados no SUS. A inserção do assistente social na equipe multiprofissional trouxe desafio do trabalho no enfoque interdisciplinar, visando atender os aspectos biopsicossociais, contribuindo para que o sujeito seja tratado e cuidado em sua totalidade. Para tanto, a apropriação das políticas públicas e a articulação do trabalho com outros profissionais que compõem a rede foram fundamentais para a melhoria dos processos de trabalho e a efetivação dos direitos à saúde. Para o desenvolvimento das ações, foram utilizados os instrumentos de trabalho do assistente social, em atividades conjuntas, sempre buscando a interdisciplinaridade, mas cientes de que ainda estamos em um processo de conquistas e aprendizado com as demais áreas. Para as preceptoras, o desafio em orientar o trabalho das residentes foi grande, mas rico em aprendizado conjunto, oportunizando a aprendizagem diária, socialização de experiências, construção de novos saberes e novas possibilidades de transformação da realidade. O serviço de psicologia da residência abrange: os pacientes de CCI, através da atuação na psicoterapia breve, individual ou em grupo, com foco na deficiência e nos seus impactos para o paciente e sua família; os pacientes idosos da instituição de longa permanência do HSJ, através do atendimento individualizado e em grupo, com realização de atividades cognitivas e aplicação de instrumentos para avaliação, brincadeiras e trabalho com imagem através de fotografias; o projeto Atendimento Multidisciplinar do Idoso (AMI), desenvolvido por uma equipe transdisciplinar, onde a psicologia é responsável por atividades específicas para a população idosa; e a educação em saúde, através de rodas de conversa com familiares de pacientes internados, com pacientes

ambulatoriais e com diagnóstico de hanseníase, com materiais informativos e conversas educativas em filas de espera. Na área organizacional, a psicologia participa dos processos de seleção, recrutamento e acolhimento de funcionários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho multiprofissional desenvolvido por todas as áreas de atuação da residência em CCI representa um desafio a ser trabalhado coletivamente. Contudo, ressaltamos que todas as áreas vêm ampliando seus espaços dentro da instituição, desde a criação da residência multiprofissional. Além disso, o contínuo avanço nas construções e conquistas coletivas da equipe multiprofissional da residência certamente contribuirão para a formação de profissionais capacitados e habilitados para a formatação e composição de redes de atenção à saúde que favoreçam a implementação e concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Patrícia Félix Santos Castro, Jeanine Teixeira Santos, Maria Odete Pereira

Palavras-chave: Saúde Mental, Matriciamento, Transdisciplinaridade

INTRODUÇÃO: Na perspectiva do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro publicou em dezembro de 2011 a Portaria nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção de Psicossocial - RAPS. A reformulação das práticas assistenciais às pessoas em sofrimento mental e usuárias de substâncias psicoativas de saúde mental, deve-se à reforma psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970. Para além da implantação de novos pontos de cuidado, as políticas inovadoras objetivaram articulá-los, de forma que a transdisciplinaridade

agregue melhores resultados na atenção à saúde. Os centros de atenção psicossocial, desde a sua implantação, têm como atribuição realizar o matriciamento junto às unidades de saúde da atenção básica. Este possui como princípios metodológicos: a discussão de casos; os atendimentos individuais e coletivos; as atividades de lazer e capacitação dos profissionais. Dessa forma, é reforçada a corresponsabilidade e trabalho interdisciplinar e articulado, entre o ponto de cuidado da atenção Básica e o serviço de saúde mental. OBJETIVO: Descrever a experiência de observação não participante de duas alunas de graduação em enfermagem, junto a uma equipe de saúde ambulatorial, que presta apoio matricial às equipes da estratégia da saúde da família, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte – MG. Descrição da experiência: No ambulatório são realizadas consultas agendadas; reuniões de matriciamento e organização dos processos de trabalho dos profissionais. A gestão local permitiu que as alunas participassem das reuniões da equipe técnica, em que são discutidos os casos. Os atendimentos são realizados no espaço físico da unidade ou em visita domiciliar. As intervenções sempre priorizavam o trabalho em grupo, destacando que o tratamento baseia-se no cuidado integral, levando em consideração o usuário e suas necessidades, bem como seu contexto social e familiar. Todas as intervenções consensuadas no matriciamento são incluídas no Plano Terapêutico Singular – PTS, sempre com ênfase ao autocuidado, para a promoção de independência e autonomia. Impactos: O trabalho interdisciplinar, apesar de ser considerado um importante instrumento para provimento de cuidado integral e articulação dos serviços de saúde, ainda é pouco desenvolvido, pois na maioria das vezes, os profissionais da equipe de saúde, ainda realizam o cuidado de forma

fragmentada. Entretanto, essa unidade de saúde está demonstrando como uma gestão responsável pode provocar mudanças como: o oferecimento de um tratamento mais adequado ao usuário; adequação da equipe de saúde para o atendimento da população; fortalecimento do dispositivo de matriciamento e, o mais importante, a criação de vínculo com o usuário. Considerações: A experiência ainda está sendo vivenciada, no entanto já é perceptível que a proposta está apresentando bons resultados. Porém, não exclui a necessidade de questionamento do serviço. Neste sentido, socializar a iniciativa e a assistência que está sendo prestada, promove o desenvolvimento da mesma, contribuindo para modificações que proporcionem maior participação ativa do usuário na construção do seu próprio Projeto Terapêutico. Dessa forma, atribuímos ao usuário o papel de protagonista do seu cuidado e gestor do seu autocuidado, capacitando-o para discussões que objetivem a autonomia do sujeito.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERVENÇÃO COM EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciene Antunes Barbosa, Maiara Aparecida Nunes da Silva, Catia Paranhos Martins, Conrado Neves Sathler

Palavras-chave: Relato de Experiência, Educação, Reunião de equipe

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do Projeto Extensão “Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB)” e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária I da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Nas discussões sobre as observações feitas nas unidades de

Atenção Básica destacou-se a necessidade de se trabalhar com a Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), sobre temáticas voltadas a humanização do serviço prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebe-se que muito está sendo feito em políticas públicas, em busca da melhoria da qualidade do atendimento do serviço oferecido pelo SUS. Contudo, ao exercerem seus trabalhos rotineiramente, muitos profissionais esquecem que o acolhimento e respeito para com os usuários são práticas fundamentais no processo de humanização. Deste modo, emergiu a necessidade de um olhar mais atento sobre os modos de trabalho realizado por esses profissionais. Frente a essa questão, fez-se válido que o tema humanização fosse abordado durante as reuniões de equipe, especialmente com os ACS's, técnicos de enfermagem e trabalhadores da recepção. Acredita-se, que conhecendo melhor os princípios norteadores da proposta Humaniza SUS e as práticas de atuações que obtiveram um retorno positivo, novas práticas assertivas de trabalho sejam adotadas para melhorar a relação entre a Equipe ESF e usuários do SUS. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA Durante três meses a equipe de ESF foi acompanhada por duas estagiárias de Psicologia que participaram das reuniões de equipe, das visitas médicas, das visitas domiciliares com enfermeiros e ACS's, das observações dos grupos de Hipertensão e Puericultura. Observaram o relacionamento entre usuários do SUS e equipe ESF, com o intuito de compreender o funcionamento do trabalho da equipe de ESF. Durante os acompanhamentos, às estagiárias utilizaram a Observação Direta e Relatos de Experiências para coleta de dados, e a partir de então foram feitas discussões sobre observações realizadas e elaborou-se um projeto de intervenção de acordo

com a demanda identificada na equipe acompanhada. Na equipe de ESF em questão percebeu-se que alguns integrantes da equipe exercem seus trabalhos de modo inadequado, muitas vezes faltando com o respeito para com o usuário do SUS e acabam por prejudicar todo um trabalho de vinculação que anteriormente vinha-se sendo trabalhado pelo ACS. Deste modo optou-se por intervir durante as reuniões de equipe para que todos os profissionais participassem. As reuniões, de acordo com a equipe de ESF seriam o momento de se discutir as dificuldades e possíveis soluções dos problemas relatados e deveriam ocorrer quinzenalmente. Contudo frequentemente ocorrem contratempos que impedem que as reuniões ocorram quinzenalmente, sendo realizadas uma vez ao mês ou em intervalo maior. As ACS's apesar de não concordarem com atitude de alguns profissionais, para evitar conflitos com os outros profissionais, se calam. Muitas vezes por receio, medo de serem colocadas à disposição, serem realocadas para um posto de trabalho que não seja do seu bairro e também porque acreditam que sua opinião não tem valor. Com este argumento as ACS's frequentam as reuniões de equipe, mas não participam ativamente expondo seu ponto de vista e suas dificuldades. SOUSA et al (2010), diz que cabe ao ACS fazer parte de um saber popular ao científico e que sirva de mediador entre a equipe e o usuário, de modo que a aproximação com a comunidade suscite a vivência e a transformação do contexto social, compartilhadas por meio das estratégias adotadas para assistir o usuário e sua família, por meio de um cuidar acolhedor e humanizado. Desta maneira as intervenções foram pensadas com o intuito de empoderar as falas das ACS's e fomentar a discussão de modos de trabalho com um olhar mais humanizado. As intervenções ocorrem nas reuniões da equipe de ESF, a princípio eram feitas apenas observações,

a pedido dos integrantes da equipe. Com o tempo as estagiárias foram solicitadas a participar expondo suas observações e até mesmo pontos ainda falhos que pudessem ser melhorados por meio de discussões e troca de ideias entre os membros da equipe. As discussões ocorrem de modo que as ACS's possam participar ativamente das discussões. As temáticas sobre humanização trabalhadas durante as reuniões salientam a necessidade de um olhar diferenciado a cada ação com o usuário e nos modos de acolhidas tanto nas visitas, como acolhimento quando o usuário procura a Unidade Básica de Saúde. RESULTADOS: Observou-se que as reuniões de equipe ocorriam de maneira não planejada, sem pautas, com problemas trazidos apenas pelo Enfermeiro chefe, sem a participação efetiva das ACS's e os problemas relatados não eram discutidos coletivamente. Durante as reuniões ninguém apresentava meios de contornar as situações conflitantes, apenas reclamavam da condição de trabalho ao qual eram obrigados a trabalhar, como; a falta de materiais, desrespeito e desvalorização dos profissionais pelos usuários do SUS. A partir das intervenções realizadas durante as reuniões de equipe, a organização das reuniões foi se modificando. Notou-se que as reuniões estão sendo melhor planejadas, os problemas são relatados em tópicos e discutidos entre os membros. O Enfermeiro Chefe agora pede a cada integrante da equipe que exponha as dificuldades que estão enfrentando durante o exercício do seu trabalho e se discute sobre o problema enfrentado. Contudo ainda não se discute possíveis soluções coletivas para os problemas, alguns membros da equipe utilizam a falta de recursos e respaldo por parte dos gestores, para justificar o modo como desenvolve o trabalho. Todavia o discurso de alguns membros da equipe é contrário, eles acreditam que as dificuldades existem no exercício da

profissão, mas que é preciso adaptar-se a realidade e criar estratégias para driblar os problemas com os recursos que dispõem, sempre priorizando ética e respeito para fornecer aos usuários SUS um melhor acolhimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS. As ações realizadas com esta equipe ESF demonstraram-se satisfatórias na ótica da mudança de pensamento e discurso referente ao trabalho desenvolvido. Porém muito ainda precisa ser discutido com alguns profissionais que usam a negação dos problemas evidenciados como justificativa para desempenhar um trabalho inadequado. É preciso que entendam que o atendimento humanizado não é um ato de solidariedade, mas um direito do usuário do SUS. O processo de fortalecimento da fala das ACS's ainda esta sendo trabalhada. Acredita-se que seria preciso um contrato ético entre a equipe para permitir um espaço de fala protegida de modo a não gerar um sentimento persecutório, o que impediria a equipe de falar de si e promover mudanças em suas práticas profissionais (BRASIL, 2010).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA DAS AVALIADORAS DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOBRE OS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS E PÚBLICOS EM MATO GROSSO DO SUL

*Maria Leonete Simioli da Paz Louzan,
Valdirene Silva Pires Macena*

Palavras-chave: Avaliadoras do PNAS, Relato de Experiência, Serviços de Saúde

INTRODUÇÃO O Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS) reformulado através da Portaria nº 28/2015 é um programa do governo federal para avaliar a totalidade dos estabelecimentos

de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento prestado. Denota-se que avaliar os estabelecimentos públicos e/ou privados e um processo contínuo que exige a participação mútua dos sujeitos envolvidos. Ao avaliar os serviços de saúde e os sujeitos envolvidos, novas ideias vão surgindo e a autoavaliação contribui para ocorrer mudanças no local de trabalho. OBJETIVO Compartilhar a experiência de avaliar os estabelecimentos públicos e privados que prestam serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul. METODOLOGIA O presente estudo é um relato de experiência vivenciado pelas avaliadoras do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) no período de julho a agosto de 2015. A pesquisa foi transversal e quantitativa para avaliar a funcionalidade, prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde e a satisfação destes usuários no atendimento recebido dentro dos estabelecimentos públicos e/ou privados. Portanto, para avaliar os serviços de saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos pacientes/usuários, foi necessário utilizar como ferramenta avaliativa o Roteiro de Itens de Verificação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). O Roteiro de Itens de Verificação foram divididos em 05 Blocos: I, II, III, IV e V. Os blocos totalizavam 30 critérios que juntos somavam 180 itens de verificação em forma de perguntas para os entrevistados responderem objetivamente SIM ou NÃO. Estes itens foram classificados como: Imprescindíveis

(I), Necessários (N) e Recomendáveis (R) e cada classificação continha uma pontuação com um determinado peso após o término da avaliação. Para aplicar o Roteiro de Itens de Verificação do PNAS nos estabelecimentos públicos e/ou privados de Mato Grosso do Sul, foi preciso realizar um sorteio devido termos 32 estabelecimentos (21 hospitais, 02 CER, 06 TRS e 03 UPAS) cadastrados para realização de tal pesquisa e 10 avaliadores cadastrados para realização da mesma, os trabalhos foram realizados em dupla. Foram excluídos os estabelecimentos hospitalares considerados como Hospitais de Pequeno Porte (HPP), definidos como aqueles que tinham 49 leitos ou menos. Desse modo, foram aleatoriamente sorteados 05 estabelecimentos, sendo: 01 Hospital no município de Campo Grande-MS, 01 Hospital em Fátima do Sul-MS, 01 Hospital em Nova Andradina-MS e 01 Hospital em Naviraí-MS. Entretanto, devido ao curto prazo de permanência dos avaliadores nos estabelecimentos públicos e/ou privados no Estado de Mato Grosso do Sul, os 05 Blocos (I, II, III, IV e V) tiveram que ser divididos em duas partes para as duas avaliadoras contratadas para este fim. Desta forma, foi possível a avaliadora nº01 aplicar os itens de verificação dos Blocos I e II referente a parte administrativa e a avaliadora nº 02 aplicar os itens de verificação dos Blocos III, IV e V referente a parte Assistencial. A divisão dos blocos agilizou a aplicação dos 180 itens de verificação lembrando que tivemos que respeitar o cronograma de deslocamento de uma cidade para outra. RESULTADOS E/OU IMPACTOS Avaliar os serviços de saúde não foi uma tarefa fácil, ela exigiu preparo do avaliador em saber avaliar, e o avaliado precisava ter a clareza do que estava sendo avaliado e compreender como, onde e de que forma se daria a avaliação. Uma vez aplicado a avaliação institucional, as informações dos resultados contribuirão para consolidar melhorias, diminuir gastos públicos e reduzir

a insatisfação dos usuários. O Roteiro de Itens de Verificação do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS) foi uma importante ferramenta para obter informações negativas ou positivas sobre a realidade dos serviços de saúde nos 05 estabelecimentos avaliados. O fato de visitar os Hospitais (públicos e privados) foi uma experiência única e contribuiu para que as avaliadoras do PNASS conhecessem as peculiaridades de cada estabelecimento e elencasse alguns nós críticos. Portanto, ao visitar um Hospital de Campo Grande – MS no mês de julho de 2015 foram encontrados dois nós críticos, uma foi a paralisação dos servidores que aderiram a greve e a outra foi o abandono da construtora que estava reformando o hospital. Estes indicadores acabam influenciando negativamente na prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde tanto no diagnóstico, no tratamento e na recuperação de suas enfermidades. Por outro lado, ao visitar os estabelecimentos públicos e/ou privados do interior de Mato Grosso do Sul, observou-se que no Hospital de Nova Andradina o setor de emergência acolhe, atende e acompanha as Vítimas de Violência Sexual, prestando a elas todos os cuidados assistenciais com o monitoramento de DST/AIDS, distribuição dos antirretrovirais e apoio psicológico. Ainda, os servidores deste estabelecimento participam da Educação Permanente em Violência Sexual. E, no Hospital de Naviraí a maternidade presta o serviço de Doula, realiza palestras educativas para a comunidade e tem o Projeto Amigos da Cegonha premiado em 1^o lugar no X Prêmio Sul-mato-grossense de Gestão Pública na categoria: Práticas Inovadoras. Vale ressaltar ainda, que o Hospital de Naviraí realiza o acolhimento conforme preconiza a Portaria nº 4.279/2010 que “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”, todo o trabalho

é realizado por uma enfermeira voluntária que se responsabiliza diariamente em direcionar os usuários, sanar as dúvidas e confortar as famílias quando há casos de óbitos. Além disso, o estabelecimento disponibiliza na porta de entrada do Hospital um lanche aos usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS Ao avaliar os cinco estabelecimentos sorteados, observou-se que os servidores na sua grande maioria, estão empenhados em adotar em sua rotina de trabalho a Política Nacional de Humanização do SUS, denota-se, que este é um ponto positivo para acolher os usuários carentes e leigos de seus direitos. Ao comparar o atendimento e distribuição de leitos entre os estabelecimentos públicos e os privados, constatou-se que mesmo o estabelecimento sendo público o atendimento prestado aos pacientes/usuários é igual em relação aos dos atendimentos particulares e aos dos convênios, este fato é um bom indicativo para facilitar a acomodação de leitos durante a estada de paciente/usuário que exigem altos cuidados e longa permanência no Hospital.

RELATO SOBRE O EVENTO “AGROTÓXICO OU AGROECOLOGIA? SAÚDE E MEIO AMBIENTE” PROMOVIDO PARA OS AGRICULTORES DE LAGOA DAS FLORES - VITÓRIA DA CONQUISTA/BA

Priscilla Sayuri Kawahara, Raíssa Amaral Oliveira, Aracelly Oliveira Ávila, Cristiane Couto de Jesus, Bárbara Fernandes Santos Pinto, Maria Paula Carvalho Leitão

Palavras-chave: agrotóxicos, saúde do trabalhador, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Os agrotóxicos são considerados importantes fatores de risco para a saúde humana, quando utilizados em grande escala. É importante considerar que o Brasil é um dos maiores consumidores de

agrotóxicos do mundo e que a exposição profissional aos agrotóxicos e os danos à saúde estão sendo cada vez mais estudados. Esse tema se apresenta como um desafio a ser investigado, pois envolve relações de trabalho, saúde e ambiente que culminam com impactos negativos à saúde humana e ambiental. As pesquisas que relacionam o uso de agrotóxicos e efeitos à saúde são relevantes para a saúde pública, pois o uso inadequado desses produtos pode refletir diretamente nos efeitos sobre a saúde do trabalhador rural exposto, à população em geral que consome os alimentos produzidos a partir do uso indiscriminado desses produtos e os ecossistemas naturais. Isto ocorre através das três vias principais de intoxicação: ocupacional, alimentar e ambiental, de modo que toda a população fique exposta às consequências nocivas causadas pelos agrotóxicos de alguma maneira. Tendo em vista a importância da aquisição de informações relativas ao assunto tanto para os trabalhadores rurais quanto para a região, objetivou-se planejar e realizar um evento sobre uso de agrotóxicos e implicações para a saúde e meio ambiente, devido à ocorrência de intensa produtividade agrícola, com um perfil de produção baseado na olericultura com mão de obra familiar no bairro de Lagoa das Flores, que localiza-se ao norte da cidade de Vitória da Conquista, às margens da BR 116, no Km 10. Parte significativa da população é composta por pequenos produtores de hortaliças e flores que abastecem essa cidade, além de outros municípios das regiões sudoeste e sul da Bahia e do norte de Minas Gerais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este trabalho é parte integrante do projeto “Cuidado integral para a prevenção e tratamento em cânceres do colo uterino e digestivo”, em atenção a Portaria Conjunta nº 9, de 24 de junho de 2013, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SGTES/

SAS), do Ministério da Saúde, selecionado conforme Edital nº 14, de 8 de março de 2013 para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Redes de Atenção 2013/2015, e envolveu parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA/IMS/CAT), Universidade do Sudoeste da Bahia (UESB) e Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA (PMVC)/Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O evento foi realizado após aprovação por Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa, Escola de Formação em Saúde da Família, Assessoria de Planejamento e Educação Permanente/PMVC/SMS, CI no 81/2014. O planejamento e execução do evento foram realizados pelo Grupo de Trabalho de Vigilância em Agrotóxico (GTVA), coordenado pela Vigilância em Saúde Ambiental. Esta ação possibilitou uma aproximação do grupo PET/Redes e de outros parceiros aos agricultores para incentivo à prevenção, monitoramento e controle do uso de agrotóxicos, visando à redução da exposição ocupacional, contaminação dos segmentos ambientais e consequentemente o prejuízo à saúde humana. O planejamento do evento iniciou-se em reunião do GTVA (Grupo de Trabalho de Vigilância em Agrotóxico) O grupo GTVA foi composto por: VISA (Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental/ PMVC, ADAB (Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia), EBDA (Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola), NRS 20^o (Núcleo Regional de Saúde), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (PMVC), Atenção Básica, Secretaria do Meio Ambiente e PET/Redes. Foram realizadas várias reuniões para elaboração de cronograma, atividades, materiais educativos como folder, dentre outros, contendo informações curtas e de fácil compreensão sobre os temas a serem abordados. O evento ocorreu em 11 de novembro de 2014 na Escola Municipal Marlene Flores localizada em Lagoa das Flores, e teve como público alvo os agricultores

dessa comunidade, também participaram alunos e professores da área ambiental e da saúde. As atividades programadas foram apresentadas de forma coletiva no pátio da escola, bem como em pequenos grupos. Durante o evento, foram abordados conteúdos sobre o uso de agrotóxicos e suas consequências para a saúde da população local, riscos de intoxicação pelas principais vias, sinais agudos e crônicos de intoxicação, classificação quanto a toxicidade dos agrotóxicos, uso adequado e seguro de agrotóxicos, utilização de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) completos durante a aplicação dos agrotóxicos, bem como legislação para uso de agrotóxicos. Foram desenvolvidas as seguintes atividades: cadastramento dos participantes por discentes do PET e entrega do material de apoio; oferecimento de café da manhã e almoço; mesa de abertura composta por um representante de cada setor participante do GTA. Posteriormente à abertura foi exibida peça teatral que contou com um cenário que assemelhou-se com a realidade vivida pelo agricultor e abordou a aplicação correta dos agrotóxicos, uso de EPI's, significado das cores presentes nas embalagens, sinais e sintomas da intoxicação e descarte correto das embalagens; tudo planejado para a compreensão da problemática do uso de agrotóxicos em Lagoa das Flores. Em seguida, iniciou-se o ciclo de palestras, sobre "Agrotóxicos e os efeitos para saúde humana" realizada por médico do trabalho - CEREST e "A legislação atual sobre agrotóxico", ministrada por um técnico da ADAB. Depois os participantes foram encaminhados para as salas de aula da escola onde estavam organizadas as estações para que pudessem participar de maneira seqüencial das abordagens de todos os temas propostos no evento, a saber: Agroecologia, Proteção à Saúde e Produção Orgânica. RESULTADOS: O evento contou com a participação de 92 pessoas.

Caracterizou-se como uma ferramenta importante para esclarecimentos sobre as consequências do uso inadequado de agrotóxicos e o impacto à saúde humana e danos ao meio ambiente. O material educativo contendo informações rápidas e compreensíveis sobre os temas contribuíram para melhor apreensão dos conteúdos abordados. Os agricultores consideraram importantes os esclarecimentos sobre a utilização de agrotóxicos e os agravos à saúde do trabalhador, que foram transmitidos por médico do trabalho, o que proporcionou mais notoriedade e confiança na abordagem do assunto. Além disso, informações sobre novas técnicas agroecológicas foram apresentadas por um especialista no assunto, de forma que o público-alvo teve a chance de elucidar todas as dúvidas e desconfiar sobre o tema, considerando a possibilidade de inserir a agroecologia em suas lavouras. Nas estações sobre agroecologia, proteção à saúde e produção orgânica houve participação mais intensa dos agricultores, estes debateram sobre o tema e sanaram dúvidas com os ministrantes das temáticas de cada estação mencionada anteriormente, bem como compartilharam ideias e informações para modificar a realidade sobre o uso de agrotóxicos em Lagoa das Flores. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Devido à possibilidade de exposição desse povoado aos riscos através das três vias de intoxicação pelo uso de agrotóxicos, com destaque para a via ocupacional, a promoção desse evento contribuiu para sensibilização dos agricultores em relação ao uso de agrotóxicos e suas consequências para o meio ambiente e saúde da população. Considera-se de fundamental importância intervenções semelhantes, como contribuição para definição de políticas públicas que culminem em promoção da saúde na realidade local.

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DOS MORROS DO MUNICÍPIO DE SANTOS: EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO BENTO NA TRANSIÇÃO PARA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Simone Percincla Andrade da Rocha Barbosa, Natalia Cristina Brito Mello, Tatiana das Neves Fraga Moreira, Maria Lúcia Martins da Silva Novaes, Daniela Gonçalves Godoy Moutinho, Luana Mayumi de Melo Shimokomaki

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, reorganização da Atenção Básica, vulnerabilidade

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: O início do PSF se deu logo após o sucesso do trabalho dos primeiros agentes de saúde do sertão do Ceará, em 1987. Esses profissionais eram mulheres, moradoras da comunidade, que visitavam as famílias com objetivo de levar informação sobre a importância do pré-natal, puericultura, vacinação, cuidados com diabetes e hipertensão, dentre inúmeros cuidados da atenção básica. Essas ações resultaram na diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil, internações hospitalares por diarreia e infecções respiratórias agudas, aumento do percentual de mulheres com início de pré-natal no primeiro trimestre e ampliação de redes de atenção à saúde em territórios historicamente vazios. Com avaliação positiva do trabalho das agentes de saúde, é criado em 1991 o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que se estendeu nas regiões do norte e nordeste, e depois para as demais regiões (BRASIL, 1997). E em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) é estabelecido por meio de normas e diretrizes do Ministério

da Saúde (MS), como uma das estratégias para reorganizar o modelo de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era de estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social e estruturar os sistemas municipais de saúde imprimindo uma nova dinâmica aos serviços e ações em saúde. Assim, o PSF foi um programa voltado à reorganização da atenção primária. Atualmente a nomenclatura foi modificada para Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois segundo Brandalise (2014) a partir de 1994 a Saúde da Família "deixou de ser um programa focalizado passando a ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS". O presente relato de experiência busca descrever alguns passos do percurso realizado por uma equipe de saúde da atenção primária que foi reestruturada do modelo tradicional – unidade básica de saúde (UBS) – para o modelo de ESF, demonstrando a metodologia aplicada no período de transição. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O atual cenário da saúde no Brasil vive um intenso avanço no que se refere à criação de diversos programas, projetos e políticas. Dentre eles destacamos a reorganização da Atenção Básica (AB), através da mudança de modelo de assistência à saúde e ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de todo país (PNAB, 2012). Na cidade de Santos, no ano de 2006, iniciaram as primeiras equipes de ESF na AB. Essas equipes foram criadas em áreas onde a referência de atenção primária à saúde não estava localizada próximo à comunidade. Com a inclusão de novos equipamentos de saúde iniciaram-se as atividades no modelo de assistência da ESF. Após oito anos da criação destas primeiras equipes, o município volta a organizar a AB expandindo a ESF. Essa proposta priorizou as áreas de alta vulnerabilidade, bem como as grandes dificuldades de acesso proporcionadas por extensas escadarias, vielas, becos e ruas

extremamente íngremes. A partir do mês de maio do ano de 2014, começaram as ações para a transição do modelo de atenção. As unidades eleitas para iniciar o processo foram a UBS Jabaquara e UBS Morro São Bento. RESULTADOS: No Morro São Bento, a equipe de saúde iniciou as ações a partir de um censo realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) com levantamento dos moradores da comunidade, domicílio a domicílio, elencando os espaços públicos, como escolas, creches, igrejas, centro de atividades esportivas, bem como o comércio local, os mercados, bares, restaurantes. Este censo foi finalizado em julho/2014, e com este levantamento verificamos qual o quantitativo de equipes necessárias, a divisão das áreas, e micro áreas, e em seguida a distribuição dos profissionais lotados nesta unidade de saúde e a solicitação dos demais para complementação. Com a chegada de novos ACS, realizaram-se mutirões para o cadastramento da população local. Após a chegada dos demais profissionais iniciou-se o processo de capacitação para o novo modelo. Considerou-se a possibilidade de capacitar os profissionais que iriam compor as novas equipes, e em reunião realizada no mês de outubro/2014, onde participaram os gestores locais, coordenação da AB, e outros profissionais que já atuam no modelo de ESF, acordou que a proposta mais indicada seria as oficinas. Foram levantados os temas que seriam abordados, e qual a melhor metodologia a ser aplicada, resultando em três oficinas: a primeira aconteceu no final do mês de outubro, e as demais ocorreram respectivamente, em novembro e dezembro/2014. O uso de oficinas proporcionou um melhor entendimento da estratégia, uma vez que utilizou os saberes dos profissionais da unidade, a Coordenação Regional e de outros profissionais que já atuavam no modelo ESF. Os gestores e profissionais das novas equipes da ESF fizeram visitas a outras unidades de saúde do município, que

já utilizam o modelo de saúde da família, para compreender como era desenvolvido o trabalho, e de como se organizavam no atendimento, disponibilidade das agendas, realização dos programas, identificação dos prontuários, entre outras ações. A ESF tem como base de seus princípios a promoção de saúde da família, a integralidade, territorialização e continuidade das ações de saúde sendo a porta de entrada do usuário no serviço (BRASIL, 2003). Após a composição das equipes, a unidade de saúde e os profissionais foram incluídos no modelo de ESF no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Para atender à população do Morro São Bento foi composto três equipes da ESF e duas equipes de saúde bucal, que contam com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Região dos Morros. Com o território demarcado, equipes organizadas e cadastradas, iniciou-se o atendimento ao usuário no modelo da ESF, a partir do primeiro dia de dezembro/2014. Os profissionais foram mobilizados para realizar os agendamentos de consultas com foco na orientação e divulgação do novo modelo de assistência vigente na unidade, com intuito de informar a comunidade sobre as mudanças que estavam ocorrendo. Percebemos a necessidade do acolhimento aos usuários, e utilizamos a escuta ativa e ampliada para maior resolutividade da assistência. As agendas de atendimento foram reorganizadas, e conforme a população acessava a unidade de saúde, as equipes dividiam-se para orientar e explicar o novo modelo de trabalho. Percebemos a necessidade do acolhimento aos usuários, que utilizou a escuta ativa e ampliada para maior resolutividade da assistência. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Desta forma, concluímos que para a transição foram fundamentais as etapas de censo demográfico, ingresso de novos profissionais para composição das equipes, capacitação dos profissionais para o novo modelo e

orientação da população utilizando a escuta como principal ferramenta de vinculação. O êxito no atendimento ao público é resultado do trabalho em equipe, que com diferentes olhares, saberes e fazeres compartilharam seus conhecimentos e, esse modo de trabalho fortaleceu as ações elaboradas. A comunicação surge como elemento facilitador para o desenvolvimento das ações de saúde, e o conhecimento sobre a comunidade que os profissionais da ESF possuem é originado pelas trocas de saberes, discussões de casos em reuniões de equipe, visitas domiciliares e de reconhecimento de território. A proposta se aproxima do pensamento Freireano (FREIRE, 2014) nos aspectos da horizontalidade e do conhecimento da realidade local para realização dos trabalhos.

SAÚDE OCUPACIONAL: PARAMETROS DA SAÚDE MENTAL DOS POLICIAIS CIVIS DO MATO GROSSO DO SUL

Ana Alice Brites de Barros, Dâmaris de Oliveira Antunes

Palavras-chave: Saúde Mental e Trabalho, Síndrome de Burnout, Psicologia

RESUMO: Dada a influência que o trabalho exerce no cotidiano do indivíduo e conseqüentemente na saúde mental dos trabalhadores, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout nos Policiais Civis do Mato Grosso do Sul. Em uma amostra de n=180 servidores foram aplicados os seguintes instrumentos (i) Questionário sociodemográfico e (ii) Maslach Burnout Inventory- MBI (MASLACH, 1988), validado por Tamayo e Tróccoli (2009). Os resultados evidenciaram uma baixa exaustão emocional e despersonalização, entretanto, uma preocupante baixa realização pessoal dos trabalhadores. Este último dado merece ser

destacado, uma vez que o modelo teórico de Maslach utilizado nesse estudo descreve a síndrome de Burnout como um processo em que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por despersonalização e, na sequência, pelo sentimento de baixa realização pessoal. Neste sentido, recomenda-se que a instituição amplie seus programas de prevenção e promoção da saúde mental no trabalho. INTRODUÇÃO: Entre os transtornos mentais relacionados ao trabalho reconhecidos no Brasil, destaca-se neste trabalho, a Síndrome de Burnout, identificada como “Sensação de Estar Acabado” (“Síndrome de Burn-out”, “Síndrome do esgotamento profissional”) (Z 73.0). A intensificação da violência exige políticas mais eficazes de segurança pública, que podem acarretar sobrecarga física e emocional aos indivíduos que trabalham no setor (Souza et al., 2007). Andrade, Souza e Minayo (2009), apontam que o trabalho dos policiais situa-se no campo dos serviços públicos atuando como agente repressor da criminalidade, garantindo a ordem, e convivendo com a violência que se exerce sobre eles. Souza, Franco, Meireles, Ferreira e Santos (2007) acrescentam que os policiais, além de lidar com a pressão da sociedade para que a atividade policial seja eficiente, as precárias condições de trabalho interferem no desempenho desses profissionais, gerando desgaste, insatisfação e provocando estresse e sofrimento psíquico, com sérias repercussões na saúde física e mental do trabalhador. Guimarães et al. (2014) sinalizam que há duas variáveis que envolvem o trabalho do policial: o perigo e a autoridade. Tal combinação deixaria o policial em constante pressão pela eficiência. Um comportamento contínuo de insegurança poderia ser gerado pela presença do perigo causando isolamento do indivíduo, de outros segmentos sociais. Porém, para Gasparetto

(1998), a atividade policial moderna exige do profissional o constante aperfeiçoamento das relações públicas e interpessoais, a fim de permitir a interação com a comunidade, sem que, contudo, perca a energia e a autoridade que devem emanar, naturalmente, de sua personalidade.

MÉTODO E INSTRUMENTOS: Neste contexto, a presente pesquisa teve o objetivo de investigar a prevalência da Síndrome de Burnout nos policiais Civis de Mato Grosso do Sul-MS, participantes do curso de especialização promovido pela Academia de Polícia Civil. A amostra foi composta por conveniência, dadas as características desse tipo de trabalho, totalizando 180 participantes. Para realização da pesquisa foram utilizados (i) o Questionário sociodemográfico e ocupacional (QSDO), adaptado para a realidade da instituição e composto por questões abertas e fechadas e (ii) o Inventário de Burnout de Maslach - Maslach Burnout Inventory - MBI (MASLACH, 1988), validado para uso no Brasil por Tamayo e Tróccoli (2009) que avalia os sentimentos e atitudes do profissional em seu trabalho, nas seguintes dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. O inventário contém 20 itens numa escala de pontuação tipo likert de 1 a 5, sendo 1 para “nunca”, 2 para “raramente”, 3 para “algumas vezes”, 4 para indicar “frequentemente” e 5 para “sempre”. A análise dos dados estatísticos foi realizada através do software estatístico Statistic Package for the Social Sciences - SPSS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em relação aos dados sociodemográficos, foi possível verificar que a amostra constituiu-se, principalmente, por indivíduos do sexo masculino (81,1%), com idade inferior a 40 anos, casados (75%) e com ensino superior completo (52,2%). No que se refere aos resultados da avaliação das dimensões do Burnout, verifica-se que 92,8% dos policiais

apresentaram baixo nível de Despersonalização, 82,8% mostraram baixo nível de Exaustão Emocional e foram identificados 61,7% que percebem baixo nível de Realização Pessoal no Trabalho. Resultado semelhante foi identificado em estudos realizados por e Carlotto e Palazzo (2006). Ressalta-se o alto percentual de baixa realização pessoal dos participantes, situação que pode indicar a possibilidade da síndrome de Burnout encontrar-se em curso, uma vez que o modelo teórico de Maslach utilizado nesse estudo descreve a Síndrome de Burnout como um processo em que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por despersonalização e, na sequência, pelo sentimento de baixa realização pessoal. Na diminuição da realização pessoal no trabalho o indivíduo autoavalia-se de forma negativa, sentindo-se infeliz consigo mesmo e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, experimentando um declínio no sentimento de competência e êxito no seu trabalho e da capacidade de interagir com as pessoas (Guimarães & Cardoso, 2004). Em estudo realizado por Mayer (2006) com policiais militares foi identificado resultado semelhante, com alto nível de baixa realização pessoal. De acordo com a autora tal resultado remete à necessidade do desenvolvimento de ações preventivas e interventivas. Os resultados obtidos com relação aos índices de Burnout confirmam a primeira hipótese do estudo – a de que os Policiais Civis apresentariam Burnout. Neste grupo, verificamos, considerando o total da amostra, 1,1% dos Policiais apresentaram sintomas da síndrome em seu estado crônico, em grande maioria (80,6%), os índices são satisfatórios e mostram a ausência da síndrome, no entanto 9,4% dos avaliados não responderam. Apesar disso, vemos que 8,9% apresentam o Burnout em curso, o que é considerável um nível alarmante e indica a necessidade de

intervenção com esse público. Tendo em vista as constantes pressões as quais o policial está exposto, as dificuldades enfrentadas pela realidade desta profissão, torna-se relevante o estudo acerca da qualidade de vida do policial civil para que se crie possibilidades de avanço na promoção da qualidade de vida e saúde mental destes profissionais. Os conteúdos coletados contribuirão para promover ações que auxiliem o manejo da Saúde Mental e a Qualidade de Vida desses policiais. Dessa forma, ainda é possível uma ação preventiva por parte da organização policial. Tal ação poderia incluir: 1) a aplicação de um efetivo programa de diagnóstico, orientação e controle do estresse, bem como de identificação dos eventos estressores, presentes no dia a dia dos policiais, através de check-up médico e psicológico anual; 2) a implementação de um programa de atividade física, esporte, ioga e lazer; 3) a construção ou recuperação de espaços adequados a essas práticas; e 4) o aumento do número de policiais, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise dos resultados permite concluir que casos de Burnout vem ocorrendo entre Policiais Civis de Mato Grosso do Sul. A sintomatologia de Burnout manifesta-se, principalmente, por meio de sintomas psicológicos, com baixos níveis de sintomas físicos e com predominância na Baixa Realização Pessoal. A satisfação dos trabalhadores já é vista pelos empresários como um dos principais responsáveis pelo sucesso de qualquer negócio e, dado que o funcionário satisfeito e motivado possui maiores índices de produtividade, menor índice de absenteísmo e carrega os valores da empresa consigo. Esta questão passa pela qualidade de vida dos trabalhadores. É notória a necessidade do Psicólogo da Saúde Ocupacional tenha treinamento clínico para trabalhar também no aconselhamento e auxílio ao trabalhador; tendo em vista seu

papel em saúde ocupacional ou outros programas da saúde melhorando suas habilidades e desempenho em projetos para detectar e tratar o estresse e os transtornos psicológicos de origem ocupacional; atuando no treinamento organizacional para que possa compreender os dados epidemiológicos em saúde e segurança ocupacional, utilizando seus recursos interpretação de aspectos psicossociais dos mesmos. Entretanto, com as constantes mudanças nas relações de trabalho que assolam as sociedades industriais torna-se cada vez mais difícil precisar quais aspectos do trabalho, das demandas psicológicas, das categorias ocupacionais ou das relações sociais apresentam maior risco à saúde do trabalhador, fazendo com que o esclarecimento desses e de outros aspectos e as suas implicações sejam um importante desafio a ser enfrentado pelos futuros pesquisadores, especialmente em estudos e na fase diagnóstica dando devida atenção aonexo causal. Do ponto de vista o aproveitamento da pesquisa, foi possível aproximar o acadêmico da atuação profissional sendo de grande valia para carreira acadêmica. O contato com as ferramentas de investigação de aspectos psicossociais fornece subsídios técnicos para uma produção acadêmica os interesses voltados para área da Saúde Ocupacional. Além disso, devem ser realizados estudos longitudinais, nos quais sejam utilizados instrumentos de pesquisa específicos para essa população, com o objetivo de propiciar maior conhecimento sobre o estresse no ambiente organizacional e, principalmente, para identificar os elementos estressores. Finalmente, trabalhos como o presente devem ser repetidos em outras corporações policiais brasileiras, para permitir uma comparação entre os resultados obtidos, a qual poderá confirmar, ampliar ou mesmo refutar os achados deste estudo. É de suma

importância, a participação ativa em discussões que visem promover ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, uma vez que se assume o compromisso com a qualidade da prestação de serviço, zelando pela Segurança Pública.

SÍFILIS E A DOAÇÃO DE SANGUE: SOLIDARIEDADE POSSÍVEL?

Simone de Deus Anzoategui, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri, Maria José de Jesus Alves Cordeiro

Palavras-chave: hemocentro, doador de sangue, infecções por treponema

Apresentação: A possibilidade de transmissão de doenças por meio da transfusão de sangue, como a sífilis, hepatites, doenças de chagas e HIV, é uma das maiores preocupações relacionadas à segurança transfusional (FERREIRA, 2007). Com o objetivo de manter um procedimento de qualidade, os Hemocentros, norteados pela Portaria nº 2.712 de 12 de novembro de 2013, realizam testes obrigatórios na triagem laboratorial das doenças transmitidas pelo sangue, através de amostras coletadas do doador de sangue. Assim, possibilita a liberação ou não do sangue coletado para uso em pacientes. Entretanto, eles não permitem estabelecer diagnósticos de certeza, de modo que as pessoas identificadas como tendo resultados reagentes, positivos ou duvidosos na triagem, devem necessariamente ser avaliadas, sendo convocadas para coleta de 2^a amostra e aconselhadas por profissionais de saúde com capacidade técnica para o acompanhamento dos casos (MERCER, 2010). Anteriormente a esta triagem laboratorial, o doador de sangue passa por uma triagem clínica, realizada por profissional de saúde de nível superior, treinado para este fim. Segundo o Ministério da Saúde (2013), consiste em

uma avaliação clínica e epidemiológica do candidato, constituída por um exame físico e análise de suas respostas ao questionário que visa avaliar sua história médica atual e prévia, seus hábitos e a existência de fatores de risco para doenças transmissíveis pelo sangue. Neste contexto, a sífilis, possui como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical, podendo também ser transmitida por transfusão sanguínea. É doença causada por uma bactéria, o *Treponema Palidum* e a apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer órgãos vitais. Embora exista tratamento, e seja eficaz nas fases iniciais da doença, métodos de prevenção devem ser implementados, pois adquirir sífilis expõe as pessoas a um risco aumentado para outras DST, inclusive a Aids. O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil, assim, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O presente estudo, objetiva, relatar a prática em relação a entrega de exames de triagem sorológica para a Sífilis no Hemocentro Regional de Dourados, Mato Grosso do Sul, incluindo o acolhimento, aconselhamento e encaminhamento deste doador, que conforme orientação do Hemocentro Coordenador, torna-se inapto definitivo para doação de sangue, mesmo após o tratamento da doença. Desenvolvimento do trabalho: O Hemocentro Regional de Dourados possui um setor denominado “Nova Amostra”, responsável pela convocação de doadores que apresentam alterações nos resultados de exames realizados, fazendo uma segunda coleta de amostra de sangue, para confirmação deste resultado. A convocação desse doador é realizada por correspondência e/ou telefone. Verifica-se que a convocação do doador, muitas vezes o deixa apreensivo pela espera do

resultado confirmatório. Após a realização de exames na nova amostra coletada, o doador é convocado novamente, dessa vez para a entrega do resultado, realizada por um profissional enfermeiro. Para triagem da sífilis, o método de exame utilizado é a quimioluminescência, classificado como um método qualitativo. Sua reatividade indica que o usuário teve contato com *Treponema pallidum*, causador da sífilis, em alguma época de sua vida e desenvolveu anticorpos específicos. No entanto existe uma grande dificuldade de entendimento, por parte do doador ao receber este resultado de exame. Torna-se importante ressaltar que ao informar este resultado o profissional de saúde esclarece ao doador de sangue que o exame realizado no Hemocentro não possui finalidade diagnóstica, e sim de triagem sorológica, para fins de transfusão. Além disso, por meio deste resultado não é possível identificar se é uma infecção atual ou passada. Dessa forma, o doador é encaminhado a uma Unidade de saúde, para acompanhamento médico e realização de outros exames diagnósticos, se necessário. Cabe ao enfermeiro, durante este atendimento, informar ao doador que devido a esse resultado, o mesmo não poderá mais ser doador de sangue, ou seja, será inapto definitivamente. Impacto: Podemos vivenciar durante todo esse processo, desde a convocação do doador de sangue até a entrega do resultado, com a informação de que o mesmo não poderá mais doar sangue, o transtorno emocional gerado nesses indivíduos. Inicialmente, pela dúvida gerada por meio da nova coleta solicitada. Após, com o resultado, considerando-se ser uma doença transmitida sexualmente, ocorre muitas vezes, um posicionamento por parte do doador de sangue, de não aceitação desse resultado, embora seja explicado que não é um diagnóstico definitivo e que necessitará de uma avaliação específica. Pode-se observar comportamentos que vão

de raiva a dúvidas em relação ao resultado. Muitos são os questionamentos realizados ao profissional de saúde, entre eles: “como posso ter adquirido?”, “apresenta sintomas?”, “devo comunicar meu parceiro (a)”? “o que faço agora?": Na maioria das vezes, o doador sai desse atendimento insatisfeito, pois acredita que esta avaliação, acompanhamento e tratamento, deveria ser realizada no próprio Hemocentro, apresentando dificuldades para compreender o funcionamento dessa rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditamos que quando esse doador é informado sobre esse resultado, o impacto emocional é agravado por não existir uma sistematização de entrega de resultados, nem o acompanhamento de profissionais especializados de forma contínua, no Hemocentro. Ressaltamos, a sobrecarga de trabalho em relação aos profissionais, que se dividem entre vários setores, dificultando o planejamento e sistematização das ações. Concordamos com Mercer (2010), quando descreve que esse doador sente que de alguma forma foi traído, pois após praticar um ato de solidariedade e cidadania, recebe a informação que apresentou um exame com sorologia positiva. Além disso, a partir de setembro do ano de 2013, o Hemocentro Coordenador, definiu que todo doador que apresentasse o resultado de sífilis quimioluminescência reagente, não poderia doar sangue e essa é uma das questões que mais afeta o doador, até mais do que o próprio resultado. Sabe-se que a doação de sangue, envolve muitos fatores como a solidariedade, o altruísmo e algumas crenças em relação às necessidades fisiológicas de doação e para muitos indivíduos, o fato de nunca mais poder doar sangue, torna-se uma situação penosa. Porém, as medidas realizadas pela instituição, visam manter a qualidade do sangue transfundido. Considerações finais: Podemos considerar que o SUS vem

avançando nos últimos anos, e a eficácia da triagem sorológica nos Hemocentros, é um exemplo disso, pois garante uma transfusão sanguínea segura e reafirma a premissa de que saúde é um direito de todos. Porém, é necessário um fortalecimento dessa política de forma integral, neste caso que envolva o atendimento ao doador de sangue. Por fim, destacamos a necessidade por parte dos gestores, do fortalecimento da Política de Acolhimento e Humanização, bem como o incentivo e o suporte aos profissionais de saúde, por meio de garantia de estrutura adequada, número de profissionais suficientes para atendimento psicossocial e educação continuada e permanente. Dessa forma, será possível cumprir de forma efetiva as legislações referentes à Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, no que diz respeito ao atendimento ao doador e garantia de qualidade do sangue e hemoderivados.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE ACOMETIDO POR MENINGITE CRIPTOCÓCICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda da Silva Lima, Jaciely Garcia Caldas, Fabio Pereira Soares

Palavras-chave: Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Meningite Criptocócica

APRESENTAÇÃO: Segundo o Consenso em Criptococose (2008) a meningite criptocócica é uma doença de porta inalatória causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans*. O fungo é cosmopolita, ocorre em diversos substratos orgânicos, frequentemente associam-se ao habitat de aves, excretas secas, ricas em fontes de nitrogênio, como ureia e creatinina. O *C. neoformans* provoca uma inflamação nas meninges, interferindo

na reabsorção do líquido cefalorraquidiano (LCR), resultando na hipertensão intracraniana. A incidência da infecção cresceu significativamente ao longo dos últimos 20 anos, devido, principalmente, à epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ao aumento dos usos de terapias imunossupressoras. Portanto a criação de um plano de cuidado se faz necessária, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada em especial a esses clientes imunodeprimidos. O histórico de enfermagem se dá na busca e coleta de informações do paciente relacionadas ao seu estado de saúde, tarefas diárias, relações com família e comunidade, na busca de encontrar necessidades e queixas. O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem, caracterizado como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou de risco para a saúde, processos vitais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das prescrições de enfermagem que propiciarão o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2010). O trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem ao elaborar um plano de cuidados baseando-se na SAE a um paciente com Meningite Criptocócica, assim como conhecer a fisiopatologia da doença, observar seu quadro clínico e evolução através da consulta de enfermagem. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência de natureza exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A experiência ocorreu em um Hospital Universitário referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), no município de Belém, Estado do Pará, e onde tivemos a oportunidade de selecionar um paciente para realizarmos avaliação clínica, e partir da qual, foi possível elaborar o plano de

cuidados de Enfermagem, podendo-se observar a sua aplicabilidade. Ocorreu no mês de outubro de 2014, durante as práticas hospitalares da atividade curricular Enfermagem em Doenças Transmissíveis, que faz parte do 4^o semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. O estudo refere-se a um paciente de 20 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de Meningite Criptocócica. Quando se teve a oportunidade de cuidar de um paciente com Meningite Criptocócica, aplicando todas as fases do processo de enfermagem e, simultaneamente, foram coletados os dados através da avaliação do prontuário e consulta, entrevista semiestruturada com o paciente baseada no roteiro da consulta de enfermagem, exame físico e intervenções para melhoria da qualidade de vida do mesmo com o objetivo de identificar quais as principais necessidades afetadas do paciente. Logo em seguida, foram organizados e fundamentados nas literaturas selecionadas. O processo de enfermagem foi aplicado para identificar os principais diagnósticos de enfermagem segundo NANDA 2012- 2014, a partir dos problemas encontrados para propor um plano assistencial. As características, prescrição de enfermagem e resultados para os diagnósticos encontrados basearam-se nas Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificações dos Resultados de Enfermagem (NOC). Respeitaram-se os aspectos éticos e legais, procurando proteger os direitos do paciente envolvido na pesquisa, de acordo com as determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, como preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Esse trabalho revela a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a necessidade da instituição capacitar e estimular seus profissionais de enfermagem a adotá-la

como instrumento de coleta de dados para elaboração de um plano de cuidados que atenda as especificidades de cada paciente. Verificou-se que a aproximação com SAE durante a formação acadêmica é um meio de promover mudanças e estimular os profissionais a aderir à sua implantação nos serviços de saúde. A realização do plano de cuidados assistenciais em pacientes internados na DIP possui grande relevância para a prestação de cuidados de qualidade, e fornece segurança e proteção ao paciente, pois reduzirá os riscos de negligência da equipe de enfermagem, visto que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser checada pelos profissionais técnicos e de ensino superior de enfermagem. Para o profissional da enfermagem, a SAE é uma imprescindível ferramenta para oferecer ao paciente um cuidado integral que venha atender as necessidades individuais para proporcionar uma melhor qualidade de vida, refletindo em suas necessidades humanas básicas. Ao aplicarmos a sistematização da assistência no paciente internado no hospital, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções: 1) Nutrição prejudicada: Menor do que as necessidades corporais, relacionada a fatores biológicos e capacidade prejudicada de ingerir os alimentos. Intervenção: incentivo a alimentação, monitoração nutricional e controle de peso. 2) Deambulação prejudicada relacionada ao descondicionamento físico. Intervenção: exercício de mobilidade articular e prevenção contra quedas. 3) Padrão de sono prejudicado relacionado ao ambiente desconhecido. Intervenção: controle do ambiente e técnicas relaxantes. 5) Risco de infecção relacionado a defesas primárias e secundárias inadequadas. Intervenção: Controle do ambiente; supervisão da pele; cuidados com o intracath e higiene correta. 6) Integridade da pele prejudicada

relacionada a déficit imunológico; mudanças na pigmentação. Intervenção: Controle de infecção, cuidados com repouso no leito e mudança de decúbito. 7) Náusea, caracterizado pela sensação de vômito. Intervenção: Incentivar o paciente a ingerir alimentos secos e suaves durante os períodos de náusea. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através desta experiência, podemos concluir que é de fundamental importância à aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem dos diagnósticos a junto ao paciente com Meningite Criptocócica. A Enfermagem atua fornecendo ao paciente uma assistência individualizada e de maneira holística. A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem nesse paciente em estudo foi importante para o planejamento da assistência de enfermagem, que envolve a elaboração de metas, objetivos e prescrições de enfermagem e conseqüentemente facilita a avaliação da assistência, pelo fato de proporcionar uma linguagem uniformizada e maior segurança ao profissional por meio de uma assistência direcionada relacionada à manutenção restabelecimento do bem estar e conforto do paciente, objetivando identificar os diagnósticos de enfermagem, bem como disponibilizar um plano de cuidados individualizado, direcionado e contínuo que tem por base os princípios científicos atuais.

SOBRE AS MULHERES QUE ABORTAM

Paula Land Curi, Jaqueline de Azevedo Fernandes Martins

Palavras-chave: Aborto clandestino, assistência, escuta

O presente trabalho tem como objetivo apresentar alguns achados clínicos, provenientes do trabalho de escuta realizado com mulheres, em uma instituição pública

de saúde materno-infantil, na cidade do Rio de Janeiro. São mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino. Ou melhor, mulheres que precisaram recorrer a práticas inseguras e que, por suas complicações, acabaram por adentrar o sistema público de saúde, para realização do procedimento de curetagem. Enfim, mulheres vítimas de um estado frágil, que as expõe ao risco de vida por não oferecer-lhes devida assistência. Apesar de o aborto ser criminalizado no país, diante de fatos concretos, pode-se observar, por exemplo: a) mulheres sempre abortaram, abortam e sempre abortarão; b) são exatamente essas mulheres, cujos abortos ‘não deram certo’ que chegam aos serviços de saúde; e, c) existem abortos que dão certo e, por isso, deles nós não sabemos e pouco ouvimos falar. Consideramos o aborto um tema complexo e espinhoso para uma sociedade, que não consegue pensá-lo como uma problemática relevante no campo da saúde pública e, por isso, impõe estratégias de ação. Ainda hoje, o aborto é considerado prática criminosa e, muitas vezes, discutido, inclusive pelos legisladores e gestores, a luz de achismos, crenças e valores. Contudo, o que ele revela é, com total alvura, a desigualdade social e as vulnerabilidades específicas que se fazem presentes e assolam nosso país. Sabe-se que seus números são tão alarmantes, mesmo que apenas estimados, que eles já justificariam, por si, medidas de prevenção à saúde sexual e reprodutiva, assim como a vida de mulheres. Ter a compreensão que, exatamente, para tentar diminuí-los, políticas públicas veem sendo paulatinamente, formuladas, implementadas e efetivadas. Mas, ainda se vê diante de pequenos avanços, grandes lacunas, especialmente quando se está diante das condições de acesso à saúde e assistência às mulheres. Sempre uma questão ecoa: O que podemos oferecer a essas mulheres? Pensando em como

se poderia cuidar efetivamente dessas mulheres, oferecer-lhes uma assistência mais humanizada e digna, lançamos mão de uma escuta capaz de refletir sobre os sujeitos-mulheres. Compreender que essas mulheres passavam a exigir nossa atenção não apenas para transformá-las em números – mais uma - e perfis – negra, pobre, analfabeta -, mas sim para tomá-las enquanto sujeitos de desejo. É preciso escutar delas, o que as afeta, mas, para isso, é preciso poder escutá-las de outro lugar e oferecer-lhes uma escuta sensível capaz de tomá-las uma a uma - singularizá-las. Contudo, ao dar-lhes vozes, acabam por deparar com uma (possível) nova versão para o fenômeno do aborto. Conseqüentemente se vê diante do dever ético de dizer algo sobre aquilo que apresentava. Nos atendimentos oferecidos nos leitos hospitalares a essas mulheres, após serem submetidas ao procedimento de curetagem, elas se indagavam se realmente alguém quer abortar, se realmente alguém opta por isso tão facilmente quanto às pessoas tendem a achar. Elas, diferentemente do que, de alguma forma, já se era até esperado, não falavam de suas misérias sociais, conjugais ou mesmo econômicas. Nem mesmo deixavam claro que queriam de fato interromper suas gestações, apesar de terem feito. Elas simplesmente diziam que precisavam abortar. Mas, o precisar era escutado no sentido de uma obrigação, ter de abortar, fossem compelidas a abortar, como se para elas, naquele momento, não houvesse outra saída. Traziam como personagem central no cenário dessa vivência, em certo sentido violento, solitário, penoso e desastroso, que poderia as levar à morte, suas mães. Ou melhor, seus conflitos com elas e toda uma séria de dificuldades que se apresentam implicitamente no processo de se tornarem mães. Ou seja, mostravam que tornar-se mãe é algo para além de engravidar e parir. Tal evidência não poderia ser descartada,

como outro aborto descuidado. Precisava ser cuidada, refletida, investigada, pois era efeito de um trabalho de escuta, realizado com essas mulheres. Efeito de sujeitos, podemos dizer. Elas ratificam também os ensinamentos da psicanálise, que caminham na direção de nos mostrar que não há como falar de vida sexual e reprodutiva de mulheres se não discutir a complexidade da relação mãe e filha, o que Freud chamou de fase pré-edípica, e os seus desdobramentos no caminho em direção à feminilidade. Afinal, estava diante de outro fato: não há mãe que não tenha sido um dia filha e o que elas revelam era como é difícil passar da posição de filha à mãe. Algumas mulheres, atendidas na unidade em questão, após a realização da curetagem, relatavam que suas ‘decisões’ não tinham se dado propriamente a partir de motivações sociais. Sim, eram pobres, às vezes sozinhas, desempregadas. Mas, o que realmente se apresentava como sendo o que as levava a buscar o aborto inseguro, colocando inclusive suas vidas em risco, era o que era vivido como imperativo. Não havia motivos mais concretos do que a exigência, a imposição, psíquica pelo aborto, realçando que havia outra coisa em jogo para além da ‘simples decisão’ de ter ou não o filho esperado porque viviam em estado de vulnerabilidades sociais. Não pretendemos com esse trabalho tratar dos avanços que se deram no campo das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos. Eles, apesar de ainda demandarem muito trabalho, de vários atores e segmentos sociais, são indubitáveis. O que pretendemos é compartilhar a experiência que adveio do trabalho de escuta, visto que isto possibilitou fazer uma leitura diferenciada, bastante, diferenciado do aborto. Nossa intenção foi evidenciar que, para além de proposições e ações concretas necessárias para proporcionar às mulheres uma assistência mais eficaz e digna, torna-se fundamental que sejam

maximizados os processos subjetivos que se explicitam nos casos de abortamento e que estão presentes no cotidiano da clínica com mulheres. Basta ter alguém que as queira escutar. Por fim, cabe ressaltar que quando se aponta na importância de nos dirigir aos sujeitos-mulheres que abortaram, isto está implicado com aquilo que se escuta e não tem nenhuma ideia contra o aborto ou a seu favor. Tem certo de que o fundamental é que os olhares e a escuta se voltem a essas mulheres, que com suas falas nos apresentam seus enigmas, convocando a clínica a um posicionamento.

SOFTWARE PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DA APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fabiola de Lima Gonçalves, Joel Sotero da Cunha Neto, Ana Carla Magalhães Teixeira Feijão

Palavras-chave: Software, avaliação, desenvolvimento de competências

A formação em enfermagem exige um rigor próprio para que sejam desenvolvidas competências que promovam o cuidado de forma humana e responsável, portanto faz-se necessário a estruturação de parâmetros para que os docentes possam avaliar os discentes buscando-se a excelência do ensino. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido enquanto intervenção, pois visa contribuir para o processo de avaliação da disciplina de Estágio Supervisionado 1 do curso de Enfermagem de uma universidade particular do município de Fortaleza-CE. No primeiro momento, houve um encontro com as alunas da disciplina para que pudessem propor áreas e temas importantes de cada área como: saúde da mulher, criança, hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes ações específicas

do enfermeiro na atenção primária, e dengue, já que o estágio é realizado em um município endêmico em bairros de periferia. Participaram da elaboração dos itens sete alunas e posteriormente a professora avaliou a proposta de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em suas publicações e também levou em conta a sua experiência enquanto profissional especializada em Saúde da Família. Posteriormente foi elaborada uma planilha no Office onde foram organizadas cada área de conhecimento e divididos os níveis de experiência para serem quantificados pelos alunos. Foi feito um levantamento inicial para se obter um diagnóstico das experiências dos alunos em cada área e também para melhor alocá-los nos setores, podendo assim, priorizar as diversas experiências a partir do que fora realizado no mês anterior. Em um segundo momento foi contatado um aluno do mestrado em Informática Aplicada que organizou a planilha em um software que irá auxiliar na análise da produção mensal de cada aluno. Cada um terá acesso ao sistema e informará diariamente o que observou, realizou junto com outro colega/profissional/professor ou realizou sozinho sob supervisão. Ao final do mês, cada um enviará o consolidado mensal para a professora que gerará um gráfico e saberá assim, de forma rápida e precisa quais as áreas em que o aluno precisa de mais oportunidades de aprendizagem. Além disso, o aluno tem claro que a sua meta é realizar a ação/prática sozinho, porém sob a supervisão da professora supervisora do estágio. O software está em fase de testes sendo utilizada uma das professoras da disciplina e alunos matriculados. Para o desenvolvimento do software foi utilizado o Microsoft Visual Studio 2013 que é uma plataforma de desenvolvimento de software. O programa foi desenvolvido para facilitar a auto-avaliação dos alunos e auxiliar o professor a identificar a quantidade de

atividades práticas realizadas por cada aluno em áreas importantes para a sua formação. O software identifica o aluno através de sua matrícula da universidade e salva os dados fornecidos pelos alunos em um banco de dados. Entre os dados fornecidos pelos alunos está a quantidade de práticas realizadas em áreas como Criança, Dengue, Mulher, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão, Enfermagem. Nele também há um botão de envio dos dados, esse botão servirá para enviar todos os dados de quantidades de cada área praticada para o email da professora titular, juntamente com gráficos e uma avaliação prévia feita pelo próprio software para auxiliar a professora a realocar as alunas a fim de manter um equilíbrio entre todas as áreas de estudo. O papel dos profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do acesso aos demais níveis envolve responsabilização pela saúde da população, outorga das necessárias autoridades administrativas e financeiras e reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de atenção primária (ALMEIDA et al, 2011). Uma das principais áreas de atuação do enfermeiro é a Atenção Primária à Saúde-APS, o que exige uma maior autonomia e um amplo espectro de competências. Assim, o Enfermeiro tem papel de grande relevância dentro da APS e necessitam uma formação que tenha uma boa qualidade de avaliação utilizando-se métodos e instrumentos de verificação.

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL: UMA EXPERIÊNCIA DE ARTE, AFETOS E CRIAÇÃO

Daniele Tavares Alves, José Jackson Coelho Sampaio, Pedro Alves de Araújo Filho, Vanessa Calixto Veras Sanca, Raimundo Severo Júnior

Palavras-chave: Supervisão Clínico-Institucional, Centro de Atenção Psicossocial, Profissionais de saúde mental, Arte

Este trabalho é um relato de experiência que tem como objetivo descrever o processo de supervisão clínico-institucional ocorrido durante o ano de 2012 em uma equipe de um CAPS geral no sertão do Ceará. A supervisão clínico-institucional tem uma história na política de saúde mental, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desde o início da reforma psiquiátrica. Foi formalmente instituída nos SUS em 2005 como instrumentos da gestão em saúde mental. É uma potente ferramenta de qualificação das equipes, de articulação do serviço com o território, de produção de dispositivos de cuidado psicossocial que não reproduzam o modelo asilar, dentre outros. O contexto dos serviços de saúde mental também constitui uma realidade de árduos desafios para os seus trabalhadores. Conflitos de interesses, de concepções e de saberes; jogos de poder; limites estruturais; problemas de gestão; vínculos trabalhistas fragilizados contribuem para os níveis de estresse, adoecimento e desgaste das equipes. É nesse difícil contexto que o supervisor irá atuar. Como facilitar a fala de profissionais na equipe? Como potencializar o estar junto? Como mobilizar a produção do cuidado em saúde? Como disparar na equipe uma práxis criativa? Foram alguns dos questionamentos feitos pela supervisora em sua atuação. Este CAPS está localizado em um município que tem uma população estimada em 75.249 habitantes. Fica a uma distância de 350 km da capital e é composto por 13 distritos. De clima semiárido, tem a maior concentração da população na zona rural que tem como subsistência a agricultura, pecuária e o artesanato. O serviço foi inaugurado em dezembro de 1996 e em 2001 foi reinaugurado com as suas instalações físicas

restauradas de acordo com as exigências do Ministério da Saúde. É referência também para cinco municípios vizinhos. Os encontros de supervisão aconteceram mensalmente neste serviço com uma carga horária de 8 horas cada. Participaram desta experiência os trabalhadores integrantes da equipe: psiquiatra; enfermeira; técnicas de enfermagem; agentes administrativos; auxiliar de farmácia; motorista; jardineiro; auxiliar de serviços gerais; psicóloga; farmacêutico; assistente social; psicopedagoga; guarda municipal; porteiro; terapeuta ocupacional e os alunos do curso técnico de enfermagem e o professor do curso. Os encontros foram divididos em momentos de discussão da organização do serviço, da articulação nas redes de atenção e da produção do cuidado de si e do outro. Os encontros foram estruturados seguindo a metodologia que iniciou com uma acolhida que é o momento em que o grupo é convidado a partilhar como passaram o mês no serviço, quais as novidades e dificuldades enfrentadas nos processos de trabalho. Em seguida a etapa da discussão onde o grupo escolhe para aprofundamento algum assunto que surgiu a partir das falas. O próximo momento é o da experimentação estética onde são realizados experimentos que despertem o sensível dos trabalhadores. Na fase da transposição de linguagem ocorre a passagem de uma linguagem estética a outra na elaboração do vivido. O encontro finalizava com uma avaliação informal por meio da fala e/ou com questões sobre as contribuições da supervisão no âmbito pessoal, profissional e sugestões para as próximas supervisões. Foi utilizado como diferentes linguagens estéticas a poesia, a escrita, o movimento, a pintura, a performance. A metodologia não tinha uma estruturação rígida e estava sempre aberta ao movimento do grupo. A cada encontro foi elaborado uma memória e enviada eletronicamente por email à equipe

que discutia as estratégias necessárias para viabilizarem os encaminhamentos e/ou alterarem alguma informação presente na memória que não os contemplassem. A síntese dessa discussão era colocada pela equipe na próxima supervisão. A equipe de profissionais que vivenciou esta experiência tinha disponibilidade e interesse pelo processo de supervisão o que facilitou a inserção da supervisora no campo. A necessidade de discutir, estruturar e iniciar o processo de apoio matricial e o sentimento de não valorização profissional foram duas questões que emergiram no primeiro momento. Foi possível perceber que o interesse e disponibilidade apresentados apontavam para as dificuldades e incômodos no cotidiano destes profissionais e que pediam passagem ao status de palavra, de sentimentos e de sentidos. A equipe solicitou que a supervisão “cuidasse”, “trabalhasse” essas dificuldades e conflitos. Foi pactuado com a equipe que nas supervisões teriam um espaço para o cuidado de si, onde algumas experiências, utilizando diferentes linguagens estéticas, seriam facilitadas. Os objetivos destas experiências seriam o de possibilitar a ampliação na percepção da equipe de si mesma e de sua práxis e a observação dos afetos provocados pela experiência. A equipe diagnosticou a necessidade do início do apoio matricial, pois a não existência da aproximação entre CAPS e Atenção Básica ocasionava ao serviço encaminhamentos de demandas que poderiam ser resolvidas na própria unidade básica de saúde. A partir das discussões em supervisão, um plano de trabalho foi traçado pela equipe e desenvolvido em conjunto com os Postos de Saúde da Família. Outra dificuldade apontada pelos profissionais foi a de ofertar aos usuários do serviço CAPS o cuidado por meio de grupos terapêuticos. Diante desta dificuldade percebeu-se a importância de discutir nas supervisões os projetos terapêuticos dos usuários e o que o

serviço estava ofertando como dispositivos de cuidado psicossocial? Diante destas reflexões a equipe foi saindo, juntamente com os usuários, para o território. Realizaram experiências de inserção dos usuários em ações culturais no território como, por exemplo, uma peça de teatro em comemoração ao dia 18 de maio, dia da Luta Antimanicomial. O movimento do grupo em direção ao território e os experimentos propostos nos encontros de supervisão provocou no grupo uma necessidade de discussão sobre a importância da arte no contexto terapêutico. A integração da equipe, o início do apoio matricial, a oferta de grupos terapêuticos e as ações culturais no território da cidade foram os principais resultados alcançados e que apontam a supervisão como um dispositivo potente na produção: das ações de cuidado integral, de saberes e práticas e da capacidade de criação da equipe. A clínica dessa equipe foi se (des) anestesiando, pois se permitiram afetar, sentir, serem provocados a sair dos lugares conhecidos. Nesse crescimento, aprenderam a falar uns com os outros, a dialogar e o silêncio não mais os assustou e os paralisou. É possível falar de seus lugares, contribuindo com o seu saber específico e também falar junto enquanto equipe e profissionais da saúde. Exercitaram o olhar, a escuta e o cuidado consigo experimentando os reflexos destas experiências em suas práticas. Descobriram-se criativos, potentes, alegres e capazes de olhar de forma ampliada para si, para o outro e para a sua práxis. O dispositivo arte foi utilizado na mobilização dos afetos e produção de sentidos pelos participantes. E são esses sentidos que produzem saúde e vida apesar do adoecimento e das dores no cuidado psicossocial que visa cuidar sem excluir o sujeito de seus direitos, dos vínculos e dos afetos.

TECENDO CONSIDERAÇÕES SOBRE A (NÃO) PRODUÇÃO DE CUIDADOS NOS CASOS DE ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

Paula Land Curi

Palavras-chave: Aborto espontâneo, Assistência, Luto

O trabalho que se propôs apresentar parte da escuta clínica de mulheres, em situação de abortamento espontâneo, numa maternidade pública situada na cidade do Rio de Janeiro. Tem como objetivo tecer algumas considerações sobre a assistência que lhes fora dada, em um primeiro momento, evidenciando a não produção dos devidos cuidados com os restos psíquicos derivados das experiências de abortamentos e o que se inscreveu, posteriormente, a partir de um trabalho multidisciplinar, na unidade em questão, ou seja, objetiva. Em um segundo tempo evidenciar como a partir de um intenso trabalho de desnaturalização de práticas legitimadas. A unidade caminhou na direção da criação de um ambulatório de perdas gestacionais, revelando e legitimando a importância de se propiciar e garantir um espaço onde as mulheres pudessem falar de suas vivências e elaborar a dor de suas perdas. Trabalhar numa maternidade, inexoravelmente, nos leva ao encontro com mulheres e, em meio a gestantes, parturientes e puérperas, estão aquelas que deram entrada na unidade de saúde por conta dos abortamentos espontâneos de seus tão sonhados filhos. Essas mulheres que, de alguma forma, ficam relegadas ao segundo plano, por evidenciarem, nos seus corpos, ‘coisas’ que ninguém quer saber. Naquele tempo, essas perdas, aos olhos de várias equipes de saúde, não teriam qualquer impacto ou implicação na vida desse sujeito-mulher. Pelo contrário, eram perdas muito singelas,

que ocorriam em mulheres que ‘mal estavam grávidas’, com poucas semanas de gestação, que nem sempre chegavam a ganhar visibilidade, quer porque algumas mulheres nem tinham ‘corpo de grávida’, quer porque eram mortes sem concretude, mortes sem corpos. Era como se o ditado popular se fizesse presente: ‘o que os olhos não veem, o coração não sente’. No entanto, essas perdas evidenciavam um grande descompasso entre o que as mulheres viviam e diziam e o que as equipes de saúde conseguiam enxergar e escutar. De um lado, mulheres buscavam o reconhecimento dos filhos perdidos, de suas dores, até mesmo o direito de poderem chorar sem serem patologizadas. Do outro, equipes cegas e surdas diante dessas mulheres e do ocorrido. Afinal, o que elas perdem? Os profissionais de saúde, de forma geral, não conseguiam perceber, ou mesmo escutar, que o que fora perdido não eram simplesmente embriões e fetos que não tinham um lugar em suas vidas, mas seus filhos desejados. Consequentemente, elas padeciam não só com as perdas sofridas, mas também, em certo sentido, com o desmentido destas e com a negação de seu sofrimento. Padeciam com a impossibilidade de terem as crianças esperadas em seus braços, mas também com a impossibilidade de tornarem-se mães, quer pela primeira vez, ou mesmo mais uma vez. O ingresso de um profissional psi na unidade, orientado pela psicanálise, que tem como ferramenta de trabalho a escuta, após algum tempo de trabalho com essas mulheres, consegue evidenciar que o que elas precisavam para que cuidados em saúde fossem de fato oferecidos, era que pudessem ser escutadas. Se, por um lado, estavam ali porque demandavam cuidados com seus corpos, por outro, evidenciavam com suas narrativas a demanda por cuidados com os restos psíquicos provenientes de suas perdas. Precisavam poder falar para quem pudesse e conseguisse suportar

escutar a dor que as atravessava: a dor da perda de um filho. Partindo da premissa de que restos psíquicos podem reverberar nas vidas dos sujeitos, um passo adiante foi dado na unidade, consequência direta do trabalho multidisciplinar. Com o tempo, alguns profissionais de saúde conseguiram se sensibilizar diante do que no seu dia a dia era tão presente e tão escamoteado. Conseguiram compreender que, a despeito também de nossas dores, de nosso confronto com a finitude de outrem, que por definição nos revela a nossa própria, temos o dever ético de nos ocuparmos com essas mulheres, que necessitam de que suas dores sejam, no mínimo, reconhecidas por aqueles que dizem querer cuidar, para que um trabalho de luto se inicie. Retirar o véu, sempre presente nas unidades materno-infantis, que encobre a morte. Deixar de lado as crenças imaginárias que falam que o se vê na maternidade é só alegria, vida, sucesso. Demarcar que a morte interrompe a vida, não só daquele que estava por vir, mas atravessava a vida das ‘ex-mães’. Assim, marcados pelo desejo de construir um espaço de trabalho capaz de fazer emergir um sujeito, dando-lhe voz e oferecendo-lhe escuta, ratificou-se a importância de se criar um ambulatório de atendimento psicológico voltado às mulheres que sofreram perdas gestacionais. Nesse, mulheres seriam atendidas, mesmo que tivessem tido suas gestações muito precocemente interrompidas. Apostávamos que, ao oferecer este espaço e a possibilidade de serem escutadas, às mulheres poderiam dissipar suas dores, a perda poderia ser sentida para, enfim, ser elaborada. Isso porque se escutava através das falas de algumas, sobre suas necessidades de falar sobre o vivido, sobre o que as acometeu, mesmo quando culpavam a unidade pela perda, pela (des) assistência prestada. Apesar de sabermos que o luto é um trabalho psíquico que não requer

tratamento e que vai se concretizando com o tempo, percebíamos nesses atendimentos que algumas mulheres enunciavam a necessidade que tinham de serem auxiliadas na elaboração de suas perdas. O processo era muito difícil, penoso, pois, revelar-se-ia, no mínimo, ‘antinatural’. Além disso, não se tratava apenas, como alguns proferiam, de voltar para casa, desmontar o quartinho, guardar ou doar o enxoval. Tratava-se de algo muito maior, um trabalho muito dispendioso, necessário, para que suas vidas pudessem ser retomadas. Através desse trabalho com essas mulheres, concebemos que a vivência de um abortamento espontâneo, mesmo que nas semanas iniciais de uma gestação, pode deixar no sujeito uma marca indelével, que demanda trabalho psíquico. Este convoca a um luto excepcional, que traz consigo algumas características bem incomuns. Afinal, a dificuldade de reconhecimento e da legitimidade da perda, se inscreve, por exemplo, pela não existência do rito do enterro. Conclui-se que, para poder assistir efetivamente mulheres, produzir cuidados em saúde, precisa ir além da lógica predominantemente biológica que ainda impera nas instituições médicas de saúde. Essa, que ainda é a marca central de assistência, precisa ser revisitada. Temos que considerar que para poder cuidar, temos como exigência, considerar os desdobramentos que se apresentam para além dos aspectos biológicos, em termos das vicissitudes do viver.

TENDAS DA SAÚDE: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

José Reginaldo Pinto, Manoel Ramos do Nascimento, Adriana Melo de Farias, Francisco Roger Aguiar Cavalcante, Tereza Doralúcia Rodrigues Ponte, Sérgio Ricardo

Moura Saraiva, Ana Carolina Braz Torres Soares, Jaqueline Sampaio de Vasconcelos da Cunha

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO: Para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde é necessário a implantação de ações educativas. Visando estimular os profissionais de saúde do setor da atenção básica da 11^a Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral a executarem ações inovadoras de promoção da saúde, foi proposto a formulação de um projeto que desenvolvesse processos formativos internos para que os atores dessa instituição pudessem ser multiplicadores e formassem facilitadores nos municípios pertencentes a esta Região de Saúde. Foi possível, desta forma, emergir um plano de ação que contemplasse abordar as políticas de saúde de forma diferenciada do modelo tradicional de atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde, utilizando-se as metodologias ativas (MA's). Esse método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções¹. Sendo assim, esse trabalho procurava demonstrar aos profissionais de saúde da assistência que é possível abordar os grupos de usuários que são atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) como desenvolver sessões educativas e atendimentos utilizando-se das tecnologias das MA's. O projeto procurava fazer uma analogia sobre como trabalhar as MA's nas políticas de saúde. Desse modo referenciava as políticas da seguinte

forma: Mundo Mágico (Atenção à Saúde da Criança), Descobertas (Atenção à Saúde do Adolescente), vaidade (Atenção à Saúde da Mulher), Movimento (Atenção à Saúde do Homem), Memória (Atenção à Saúde do Idoso) e Realidade (Atenção à Saúde do Adulto). Assim, nasceu o Tendas da Saúde. OBJETIVO: Capacitar equipes da Atenção Primária em tecnologias educacionais utilizando as metodologias ativas, para serem multiplicadores nos municípios. METODOLOGIA: Relato de experiência executado na Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), município de Sobral, região norte do estado do Ceará, envolvendo todos os técnicos da atenção básica, os residentes em saúde coletiva e o núcleo gestor da instituição. Compuseram o projeto 16 profissionais de saúde. A experiência ocorreu no primeiro semestre de 2015. Para a sucessão das ações foi necessário à execução de dez encontros com os técnicos da CRES, nos quais foram elaboradas as programações de atividades que seriam repassadas nos 24 municípios pertencentes à Região de Saúde. Foi possível pactuar nesses encontros que em cada município três profissionais seriam os facilitadores do projeto, sendo composto por dois técnicos de nível superior e um residente. Em relação à programação das atividades a serem repassadas nos municípios foram formuladas muitas propostas de MA's, como: formulação de situações problemas (SP's); orientações para a construção de narrativas individuais, as quais intencionavam discutir o perfil de um profissional de saúde e sua coerência nas ações de promoção da saúde nos cenários de prática no âmbito do SUS; escolha de cines-viagem que abordassem temáticas do cotidiano de trabalho dos profissionais; formulação de dinâmicas; construção de diagnósticos situacionais, os quais eram realizados por meio de rodas de conversas onde cada profissional

descrevia como percebia seu cenário de prática na promoção da saúde e identificava os desafios, fraquezas, ameaças, fortalezas e oportunidades, como estratégia de modificação de hábitos e qualidade de vida da população que atendia; construção de matrizes de consensos e matrizes decisórias, as quais elegiam os problemas identificados e a serem enfrentados pelos profissionais em seu campo de trabalho; elaboração de textos de referências (TR's); preparação de slides para confecção de portfólios pelos alunos (instrumentos pedagógicos que permitam alcançar competências importantes para o exercício acadêmico e profissional)². Foi acordado nesses encontros que o projeto seria repassado em cada município da região em quatro oficinas, sendo uma por semana, totalizando uma carga horária de 40 horas. Os períodos de repasse dessas oficinas foram denominados ondas, pelas equipes multiplicadoras. Assim, seriam realizadas quatro ondas, ou seja, quatro períodos, sendo capacitados seis municípios em cada uma delas. Resultados: O projeto suscitou a criação de um site e um e-mail que permitisse a interação entre todos os profissionais facilitadores do plano, os quais serviriam também para os futuros alunos pertencentes aos municípios. Os encontros internos na CRES também proporcionou o aperfeiçoamento pedagógico dos profissionais de saúde para trabalhar com as MA's em diversas situações, enquanto facilitadores de ações formativas em saúde. Esses encontros foram necessários para que se pudesse desmistificar o modelo biologicista e medicalizante que estavam ainda enraizados nos técnicos que não tinham vivenciado capacitações dentro desse modelo de ensino e aprendizagem. Também despertou nesses indivíduos métodos criativos para repassar conteúdos aos públicos de diversificados graus instrucionais. As possíveis explicações para

esse nítido descompasso da velocidade dos processos de mudança no serviço e na academia podem ser encontradas tanto na academia quanto nos serviços. Na academia, podem-se citar a gestão não comprometida, a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo dos professores frente ao novo enfoque de aprendizagem, a difícil relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade. Nos serviços de saúde, podem-se citar: a resistência dos profissionais às mudanças em processo, que a formação de profissionais não faz parte da agenda de trabalho, o acréscimo de mais uma função, o ensino, sem receber por isso, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possível identificação de fragilidades do serviço prestado³. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A criação do Projeto Tendas da Saúde ocasionou uma mudança no processo de trabalho dos profissionais da instituição, procurando resgatar o potencial pedagógico de cada ator responsável pelo repasse das oficinas nos municípios. Também ocasionou uma maior integração entre toda a equipe multidisciplinar, que puderam se conhecer melhor, atando laços de afinidades funcionais. O conhecimento sobre responsabilidades e atribuições dos profissionais em Educação Permanente em Saúde contribuiu para dar visibilidade e possibilitar uma avaliação dos processos e execução das ações em cada nível de atuação. A avaliação dos processos melhor se desenvolveram quando estruturas efetivas de gestão e integração ensino-serviço se fortaleceram e materializaram as possibilidades de realização da educação permanente enquanto política pública nesse cenário.

TRAJETÓRIA E SUSTENTABILIDADE DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO A PARTIR DO PRÓ-PET-SAÚDE EM BLUMENAU-SC

João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Carlos Roberto de Oliveira Nunes, Carla Regina Cumiotto, Ana Célia Teixeira de Carvalho Schneider, Cláudia Regina Lima Duarte da Silva, Karla Ferreira Rogrigues

Palavras-chave: saúde coletiva, educação, serviços de saúde, preceptoría

APRESENTAÇÃO: As concepções de ensino das profissões da saúde apresentam, historicamente, uma considerável influência do mercado profissional, que por sua vez determina concepções e práticas de saúde. O modelo dominante de ensino que prevalece ainda hoje no Brasil pode ser caracterizado como sendo fortemente influenciado por forças de mercado e baseado na tecnologia médica¹. Denota-se menor ênfase ou valorização do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades orientadas por princípios de integralidade, solidariedade e relações sociais mais humanizadas, características indispensáveis para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)². O objetivo desse trabalho é apresentar o contexto da integração ensino-serviço de Blumenau a partir da experiência do Pet-Saúde. DESENVOLVIMENTO: Em resposta a este cenário destacam-se nas últimas décadas, políticas de estado que buscam mudanças nessa formação, seja pela via da regulação com a criação da Lei do SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior)³ e também pela divulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)⁴, específicas para cada um dos diferentes cursos da área da saúde⁴. Na dimensão do fomento para o desenvolvimento de mudanças na formação da área da saúde

podemos destacar o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde)⁵ e o Pet-Saúde (Programa para a Educação pelo Trabalho para a Saúde)⁶. Este cenário constitui um desafio para o desenvolvimento do ensino dos profissionais de saúde e também para o desenvolvimento e manutenção do SUS, devendo considerar a complexidade e o dinamismo do processo saúde-doença, incluindo em um mesmo eixo o ensino profissional e a forma como se organiza a prestação dos serviços, com ênfase para o serviço público. A integração ensino-serviço constitui uma política de estado interministerial. Nessa perspectiva o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) representa relevante estratégia de fomento dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em seus princípios essa política busca institucionalizar propostas de integração ensino-serviço, em atendimento às diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde, qualificando simultaneamente o serviço público, tendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde como orientação⁶. A Universidade Regional de Blumenau - FURB, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau - SEMUS, captou em editais da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGETES desde 2008, quatro editais consecutivos, com 120 bolsas para estudantes de 10 cursos de graduação em 60 meses de dedicação. Atualmente o projeto é mantido por 4 grupos, cujas linhas de pesquisa alimentam as ações de pesquisa, extensão e cuidado nos cenários do SUS, constituindo-se como um projeto de extensão universitária. Organiza-se em quatro grupos, contando com: 1 coordenador (docente da FURB), 1 coordenador adjunto (docente da FURB), 10 tutores (docentes da FURB), 12 preceptores (profissionais da SEMUS), 82 estudantes em caráter voluntário. Em sua trajetória, os grupos desenvolveram, em média, 6

projetos de pesquisa em 28 cenários de prática, da atenção primária, secundária e terciária, incluindo unidades de Estratégia de Saúde da Família - ESF, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, atenção secundária no Núcleo de Atendimento ao Diabético – NAD, Banco de Leite Humano e Hospital Santo Antônio, integrando das redes de atenção de doenças crônicas e saúde mental. Os trabalhos dos grupos Pet-Saúde tiveram início em 2009. Os grupos desenvolvem estratégias pedagógicas e práticas de cuidado inovadoras como: a) “rodas de conversa”, grupos de dança, caminhada, análise de “Cases”, visando consolidar uma proposta política organizacional direcionada aos cursos da saúde e integrar as diferentes linhas dos projetos; b) eventos como o I Fórum de Ensino do Centro de Ciências da Saúde e oficinas na universidade e na comunidade; c) apresentação de trabalhos em eventos científicos locais, nacionais e internacionais com participação de estudantes e profissionais de saúde do SUS como apresentadores; d) publicação de artigos científicos em periódicos e capítulos de livro com relato de experiências e resultados de pesquisa. Essas ações são embasadas por princípios como indissociabilidade das atividades de pesquisa, ensino e extensão, interprofissionalidade fazendo convergir conhecimentos e práticas dos diferentes núcleos profissionais e integralidade do cuidado redimensionando a percepção do usuário ao incluir os determinantes sociais da saúde. RESULTADOS: A proposta pode ser considerada inovadora por apresentar: a) superação da lógica disciplinar do ensino intramuros focado no professor por uma concepção de educação tutorial onde o professor orienta um processo de aprendizagem ativa e preceptoria por parte dos profissionais da rede de serviço, integrando os objetivos do ensino e da atenção aos usuários do SUS. Dessa forma o tutor estimula atividades integradas com

as demandas da equipe de saúde e dos usuários e a pro atividade dos estudantes; b) indissociabilidade com a definição de objetos e metodologias de pesquisa que atendam às necessidades do serviço e da comunidade, de forma interdisciplinar e pactuada com as equipes, visando ações de cuidado integradas e mais resolutivas; c) redimensionamento da relação ensino-serviço pela transcendência dos limites dos papéis de ensinar, aprender, pesquisar e cuidar, d) integração da graduação com a pós-graduação em atividades de pesquisa e participação em eventos científicos envolvendo docentes e estudantes do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FURB, e) reconhecimento por parte dos preceptores da relevância e potencialidade da presença dos estudantes nos cenários de prática, em que pesem dificuldades de estrutura e espaço físico, f) boa aceitação dos estudantes como cuidadores por parte dos usuários, g) participação efetiva do grupo Pró-Pet-Saúde na 8^a Conferência Municipal de Saúde de Blumenau com a aprovação para a definição de uma política municipal de integração ensino-serviço e de uma Lei municipal que a respalde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desafio histórico representado pela integração ensino-serviço envolve instituições de natureza diversa, com dimensões política e administrativa desafiadoras. Os resultados apresentados demonstram a sustentabilidade da integração ensino-serviço no município de Blumenau, considerando o momento atual sem a oferta de bolsas para os estudantes e preceptores devido à ausência chamada pública para projetos e de contrato com o Ministério da Saúde. Percebe-se que os grupos permanecem com suas atividades, embora com redução alguns dos cenários, porém com boa integração. A proposta conta atualmente com número expressivo de estudantes voluntários, docentes com horas de extensão designadas pela instituição e preceptores voluntários

do SUS. A experiência desenvolvida em Blumenau demonstra que a integração ensino-serviço pode ser um terreno fértil para o desenvolvimento de competências e habilidades pouco oportunizadas no currículo prescritivo tradicional dos cursos da área da saúde, qualificando simultaneamente e de forma indiferenciada o serviço de saúde pública. A experiência vivenciada em Blumenau-SC envolvendo a Universidade, o SUS e a comunidade apresenta potencial para a qualificação e sustentabilidade da integração ensino-serviço.

TUDO MUDA A PARTIR DO OLHAR

Laura Virgili Claro, Elinar Maria Stracke, Jessica Piuco, Sanandria Rodrigues Bachinski, Cristian Rosa Nilson, Sandra Lizania dos Santos Soares, Ana Terezinha de Lima Recart, Débora Schlotfeldt Siniak

Palavras-chave: saúde mental, inclusão social, oficina terapêutica

APRESENTAÇÃO: O campo das ações dirigidas a pessoas com transtorno mental vem sofrendo alterações desde o final da década de 70 quando surgiram os primeiros movimentos reformistas. A Reforma Psiquiátrica, a favor do movimento de reinauguração democrática, confluiu e atou-se ao processo da Reforma Sanitária. Foi no âmbito desse cenário que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atualmente se configuram como dispositivo estratégico para atenção dirigida ao portador de transtorno mental intenso e persistente, pautada nos princípios do SUS, voltada à inclusão social e orientada por uma perspectiva de clínica ampliada de base comunitária e territorial (Dombi-barbosa et al., 2009). As práticas realizadas nos CAPS, de uma forma geral, se caracterizam por ser um ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses

serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (Brasil, 2004). Dentro deste contexto, o trabalho de interface com a arte e a cultura é amplamente reconhecido pelo potencial de transformação, desta forma, o componente cultural e artístico é essencial ao êxito do cuidado em saúde mental. A arte ou a atividade de base artística é tida pelos profissionais dos CAPS como um recurso na comunicação com o paciente, confirmando que o fazer artístico proporciona, de forma rápida e eficaz, pontes para a intersubjetividade, para um contato rico, íntimo e profundo, pois ela ajuda à expressão daquilo que mal se vislumbra, que é nebuloso, ou que é complexo e implica uma apreensão simultânea de várias facetas e níveis de significado. Ela permite a expressão de conteúdos que não respeitam a ordenação lógica e temporal da linguagem. A doença mental parece ser o congelamento da expressão. A loucura deixa o sujeito ancorado num silenciamento. Bloqueando o seu canal de expressão, o sujeito se sente desqualificado para falar e fazer-se compreender. Através da atividade de base artística, o indizível encontra um meio para sua manifestação. A expressão consiste em relacionar certos dados atuais ou presentes a objetos ocultos ou distantes, é uma maneira de exteriorizar pensamentos e sentimentos. A expressão, assim, é o conjunto de efeitos exteriores da consciência, efeitos que são sintomas de processos interiores ou sinais de estados psíquicos, sentimentos e emotivos (Tavares, 2003). O CAPSII Asas da Liberdade de Uruguaiana possui atualmente 479 usuários, iniciou suas atividades em 2004 e atende pessoas portadoras de transtornos mentais,

possui uma equipe multiprofissional constituída por assistente social, educadora física, enfermeiras, técnicos em enfermagem, médico, nutricionista, artesãs, psicólogos, terapeuta ocupacional e oferecem aos usuários oficinas terapêuticas, atendimentos médicos, nutricionais e psicológicos, grupos, atendimentos familiares e visitas domiciliares como forma de promover a ressocialização e incentivar a autonomia dos pacientes através da cultura, lazer, arte e trabalho. Visualizou-se, assim, a fotografia como dispositivo ou recurso terapêutico, visto que o ato fotográfico seria uma forma de experimentar a vida, de investigar, torná-la mais veemente e mesmo de transformá-la. A arte, o ato de criar, a fotografia, bem como as várias formas de linguagem, que têm relação com o sintoma, são formas de se lidar com o vazio e com o sofrimento provocado pela dimensão trágica que, no âmbito da saúde mental, abarcam muitas vezes a existência (Francisquetti, 2005). OBJETIVO: O presente trabalho pretende desvelar a importância da fotografia enquanto ferramenta terapêutica no cuidado às pessoas com transtornos mentais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Utilizou-se a fotografia digital para a captura de imagens e os cenários para as fotos externas foram utilizadas áreas públicas e privadas da cidade de Uruguaiana (Praça Barão do Rio Branco, Escola Livre de Belas Artes – ELBA e Tamandaré late Clube), ademais, foram capturadas cenas em um Parque de Diversão e no evento alusivo ao dia 18 de Maio (Dia da Luta Antimanicomial), os registros foram realizados em preto e branco tradicional. O trabalho foi desenvolvido por uma equipe composta por acadêmico em enfermagem, agentes sociais, artesã, nutricionista residente, terapeuta ocupacional, sanitarista e o apoio voluntário de um fotógrafo, os quais foram responsáveis pela escolha dos

cenários para a captura de imagens e organização dos participantes nos dias de fotos. Levando em conta o cumprimento dos aspectos éticos, todos os participantes do projeto aceitaram participar voluntariamente das sessões de fotos e assinaram um Termo de Autorização de uso geral de Imagem, consentindo a utilização de sua imagem. RESULTADOS: Com a realização do projeto foi possível utilizar a fotografia como método terapêutico para os usuários, retratando as cenas cotidianas vivenciadas nos modos singulares de existência através da expressão de sentimentos durante a participação dos usuários nos cenários terapêuticos, onde possibilitou maior sociabilidade entre os usuários e a comunidade durante a captura de imagens externas nas áreas públicas fortalecendo a lógica de reconhecimento e que todos, temos um lugar no mundo. Sob este prisma, a fotografia parece contribuir para descobrir ou redescobrir o sentimento de reintegração, reinserção, de pertencimento a algum lugar e de fazer parte de uma história, tornando-se potente ao mostrar-se como possibilidade de auxiliar na formação da subjetividade, à medida que inaugura ou faz reviver o senso de existência (Mamede, 2006). Nesse sentido, através das fotografias, desencadeia-se outro modo de olhar o mundo, melhorando as possibilidades de apresentação de fatos, pessoas, objetos e acontecimentos. Esse é um exercício de liberdade que se apresenta de maneira muito positiva, que transforma meros atores do cotidiano em autores donos de suas próprias “verdades”. De alguma forma, a fotografia recupera o poder do olhar e, assim, proporciona certa apropriação do mundo. Com isso, um dos principais méritos da imagem fotográfica como instrumento terapêutico, em se tratando de saúde mental, é sua capacidade de oferecer e possibilitar uma reapropriação

do olhar por parte daqueles que, muitas vezes, dele são vítimas (Freitas, 2012). Pode-se verificar que as sessões de fotografia promoveram maior integração social dos usuários, além de propiciar a manifestação de sentimentos, desenvolvimento de habilidades corporais e realização de atividades produtivas, tornando possível ainda, retratar cenas cotidianas vivenciadas nos modos singulares de existência por meio dos registros. Com a realização desse trabalho, o projeto foi convidado a participar da Feira do Livro da cidade, onde irá organizar uma mostra fotográfica e a equipe juntamente com os usuários irão selecionar as fotos para divulgação no evento, essa atividade irá fortalecer e potencializar a tomada de decisões dos participantes, uma vez que, eles mesmos participarão da escolha das fotos que farão parte da exposição fotográfica, o que irá promover a autonomia e responsabilidade dos usuários. Ao encontro disso, pensa-se que com a divulgação das fotografias a sociedade terá maior aproximação com os usuários, na medida em que, a exposição propiciará a reintegração social e a articulação junto à comunidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por fim, pode-se visualizar que o projeto oportunizou a valorização do potencial criativo dos usuários. Dessa forma, é de grande relevância que se possa explorar e potencializar recursos que possibilitem uma prática em saúde mental orientada por princípios de autonomia, responsabilidade e inclusão social dos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse sentido, é essencial que novas práticas sejam (re) inventadas a cada dia e venham desconstruir os rótulos e estereótipos criados pela sociedade com relação aos usuários do CAPS.

VINCULAÇÃO DAS GESTANTES ÀS MATERNIDADES DISTRITO DE SAÚDE SUL EM MANAUS: ESTRATÉGIA PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Lucia Marques de Freitas, Ivamar Moreira da Silva, Rosimary de Souza Lourenço

Palavras-chave: pré-natal, vinculação, maternidades

APRESENTAÇÃO: A redução da mortalidade materna constitui uma preocupação da saúde pública. De 1990 a 2007, o Brasil apresentou redução de cerca de 50% de óbitos maternos, passando de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 75 óbitos em 2007. Em Manaus, no período de 2008 a 2012 foram registrados um total de 137 óbitos maternos. As principais causas de óbito materno em Manaus, de 2008 a 2012, decorreram de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério e a outras afecções obstétricas não classificadas, que corresponderam a 64,96% entre as causas básicas agrupadas. Em junho de 2011, através da Portaria Nº 1.459, o Ministério da Saúde, instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Constitui uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Brasil, 2011). A detecção e a intervenção precoce das situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar que assegure vaga para a gestante e seu bebê, a qualificação da assistência ao parto são aspectos que podem ser determinantes na redução das principais causas de mortalidade materna e neonatal. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A vinculação da gestante às unidades de referência para assistência ao parto contribui para a qualidade do pré-natal na atenção

primária. As unidades de atenção primária devem realizar o acompanhamento das gestantes, articulando-se com os serviços de apoio diagnóstico de modo a assegurar a realização dos exames necessários durante a gestação, acompanhar a programação do parto na maternidade de referência e acompanhar após o parto a mãe e o bebê. O Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde tem sob sua responsabilidade 16 Unidades Básicas de Saúde e 49 Unidades da Estratégia Saúde da Família. Conta também com a presença de duas maternidades públicas sob gestão estadual – Maternidade Balbina Mestrinho e Instituto da Mulher Dona Lindú. Em consonância com o preconizado pela Rede Cegonha a área técnica da Saúde da Mulher que deu início a um processo de reflexão e planejamento para consolidar o processo de vinculação com a maternidade de referência, de acordo com o estrato de risco. A construção da proposta de vinculação teve início com discussões internas realizadas com profissionais e gestores das unidades no distrito, representante do Ministério da Saúde, das Maternidades, da Secretaria Municipal de Saúde e do Distrito de Saúde Sul foi discutido a vinculação das unidades por território e a construção de fluxos de referência e contra referência da gestante e da puérpera e do recém-nascido. Ficaram vinculadas à Maternidade Balbina Mestrinho 42 unidades de saúde (11 Unidades básicas de saúde e 31 unidades da Estratégia Saúde da Família) e ao Instituto da Mulher Dona Lindú 23 unidades (05 Unidades Básicas de Saúde e 18 unidades da Estratégia Saúde da Família). A vinculação se dá na primeira consulta de pré-natal, ocasião em que o enfermeiro realiza a avaliação geral da gestante, solicitando os exames de rotina e outros exames que se fizerem necessário. Na ocasião esta é orientada a comparecer a maternidade de referência em seu território. No cartão de pré-natal da gestante é feito

o registro da data e horário da visita. Na Maternidade Balbina Mestrinho as visitas são realizadas na quarta-feira (de 08 horas às 12 horas e de 14 horas às 17 horas) e na quinta-feira (de 08 horas às 12 horas). No Instituto da Mulher Dona Lindú as visitas são realizadas de segunda a sexta-feira (de 08 horas às 12 horas e de 14 horas às 17 horas). Semanalmente, as unidades de saúde encaminham a relação das gestantes que realizarão visita de vinculação nas maternidades. A responsável da área técnica de Saúde da Mulher consolida essas informações e encaminha às maternidades a relação das gestantes referenciadas pelas unidades para as visitas. Atualmente as próprias unidades estabelecem contato direto com as Maternidades informando às gestantes que realizarão a visita através de email criado exclusivamente para esse fim. As maternidades, nos dias agendados para realização das visitas, designam um profissional da equipe para acolher as gestantes e seus acompanhantes, orientando-os sobre normas, rotinas e procedimentos a serem adotados por ocasião da admissão para o parto. Na visita a gestante e acompanhante tem oportunidade de conhecer os setores de recepção, a sala onde é realizada a classificação de risco, a sala de pré-parto, parto, centro cirúrgico e alojamento conjunto. Conhece também outros setores como o Serviço Social e o serviço de cartório. Ao final de cada mês, as maternidades encaminham ao Distrito de Saúde a informação de contra referência das gestantes que realizaram visita de vinculação e a quais unidades estão vinculadas, informação que, posteriormente é encaminhada às unidades de saúde. O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. Na ocasião da alta hospitalar o Serviço Social das maternidades encaminha mãe e bebê

para consulta na unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal. As consultas são pré-agendadas monitoradas pela área técnica de saúde da mulher. A consulta do bebê deve ser realizada na primeira semana de saúde integral, a qual engloba um conjunto de ações de atenção à saúde das puerperais e dos recém-nascidos, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno-infantil. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O processo de vinculação das gestantes tem aproximado as equipes das famílias sobre sua responsabilidade, ampliando a possibilidade de identificação das gestantes vulneráveis, promovendo a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde. As equipes de saúde têm estado mais atentas as gestantes e as crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde, realizando busca ativa das mães e crianças. Como resultado desse processo, observa-se que as Unidades do Distrito de Saúde Sul, no decorrer de 2014, encaminharam 685 gestantes que realizaram visita de vinculação às maternidades. Esta é uma experiência exitosa que tem estimulado a reflexão sobre a necessidade de melhoria dos processos de trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da ampliação da cobertura de pré-natal, a qualidade da assistência pré-natal ainda é uma preocupação para a saúde pública. A presença do binômio (mãe e bebê) na unidade de saúde é um momento de suma importância, no qual as equipes devem avaliar as condições de saúde da mãe e da criança, estimular o aleitamento materno e apoiar às dificuldades apresentadas.