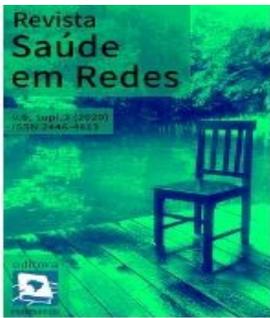


## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

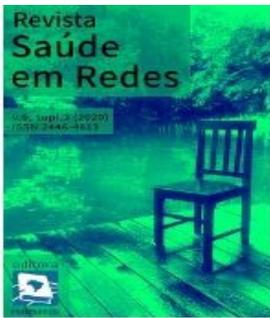
### Sumário

- “PATRIARCADO, APROPRIAÇÃO E DISCIPLINARIZAÇÃO DO CORPO FEMININO PRIVADO DE LIBERDADE: O CASO BÁRBARA.” ..... 5206
- PERFIL DOS MÉDICOS SUPERVISORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (QUALIFICA-APS) ..... 5209
- ENFERMEIRAS NEGRAS DE DESTAQUE NA SOCIEDADE BRASILEIRA E SEUS LEGADOS DEIXADOS PARA A ENFERMAGEM CONTEMPORÂNEA 5210
- AVALIAÇÃO DO DIA D NA CAMPANHA DO OUTUBRO ROSA E SEU IMPACTO NA COLETA DO PREVENTIVO NO PÚBLICO-ALVO DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DO TEIXEIRA DE FREITAS ..... 5212
- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PRODUÇÃO DO CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ..... 5213
- O USO DAS REDES SOCIAIS PARA VISIBILIDADE DO SIMPÓSIO DE CIÊNCIA, ARTE E CIDADANIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES ..... 5214
- PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE COMO LIDAR COM PESSOAS OBESAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ..... 5216
- A EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ENSINO, SERVIÇO E HIPERTENSOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO ..... 5219
- MOTIVOS DE CESARIANAS: A VISÃO DAS MULHERES QUE PARTICIPARAM DA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL SOBRE O PARTO NORMAL, EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER ..... 5220
- PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SUAS FUNÇÕES TERAPÊUTICAS EM BELÉM DO PARÁ ..... 5223
- GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA E SUAS REPERCUSSÕES NO BINÔMIO MÃE E FETO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 5226
- OS DESAFIOS DE ESTAR NUTRICIONISTA NA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE NUTRICIONISTAS RESIDENTES DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E BAIXADA FLUMINENSE ..... 5228
- ENVELHECER SAUDÁVEL: ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO ..... 5231
- A MONITORIA COMO INSTRUMENTO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE MONITORES DO INTERIOR DO AMAZONAS ..... 5232



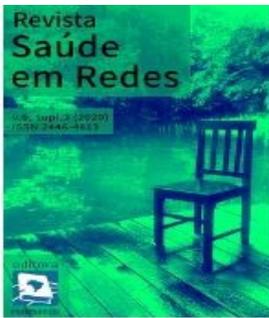
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

- A IMPORTÂNCIA DO HORÁRIO ESTENDIDO NO ATENDIMENTO DA SAÚDE DO HOMEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 5235
- OFICINA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ELABORAÇÃO DE BOLETINS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... 5237
- IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA ÁGIL SCRUM NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS ..... 5238
- O IMPACTO DO ENFERMEIRO LÍDER NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E NO CUIDADO EM SAÚDE - CUNA NIGHTINGALEANA SINE QUA NON..... 5239
- CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DE MULHERES QUANTO AO EXAME DE RASTREIO EM UMA METRÓPOLE DA AMAZÔNIA, BELÉM – PARÁ. .... 5241
- TERRITÓRIO VIVO: UMA EXPERIÊNCIA TRANSCULTURAL NA ALDEIA SAHU-APÉ - AMAZONAS, BRASIL ..... 5243
- CUIDADO PSICOSSOCIAL COM POVOS INDÍGENAS: INVESTIGAÇÃO DE UMA MORTE POR PAJÉAIP ..... 5245
- IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ..... 5248
- PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS: PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA EM ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL..... 5251
- CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇAS EM REABILITAÇÃO FÍSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO..... 5252
- A ATUAÇÃO SOBRE AS DESIGUALDADES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS..... 5254
- A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CUIDADO EM UMA COMUNIDADE VIRTUAL DE OSTOMIZADO INTESTINAIS ..... 5257
- ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E PARTO EM ÁREAS RURAIS E REMOTA DO SEMIÁRIDO NORDESTINO ..... 5258
- A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA ENSP/FIOCRUZ NA INTERFACE ENTRE O TRABALHO EM EQUIPE E O DESAFIO DA MULTIPROFISSIONALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE..... 5261
- APOIO MATRICIAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE: ENCONTROS ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA..... 5264
- ANÁLISE ESPACIAL DA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SAQUAREMA (RJ) ..... 5266



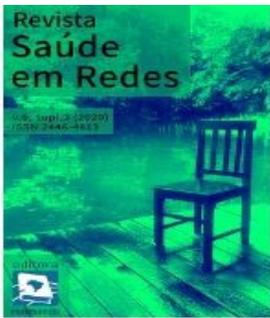
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

- POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA PRÁTICA DO MATRICIAMENTO NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DA GESTÃO E DOS SERVIÇOS ..... 5268
- EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES DE CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO ..... 5269
- INTERVENÇÃO SOCIOAMBIENTAL E URBANÍSTICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DA COMUNIDADE LOCAL ..... 5272
- EXPERIÊNCIA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE NITERÓI ..... 5275
- ATENDIMENTO INTERPROFISSIONAL AOS USUÁRIOS DO SUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELÉM (PA)RÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 5277
- CARACTERIZAÇÃO DE QUEDAS NO ÂMBITO PRÉ-HOSPITALAR: UM INDICADOR PARA O GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ..... 5280
- FLUXO ASSISTENCIAL POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO TERCIÁRIA ..... 5281
- O USO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA NO ENSINO DE PRIMEIROS SOCORROS ..... 5282
- A PROMOÇÃO DA SAÚDE – CAMPESINATO – AGROECOLOGIA: UMA INTERSECÇÃO PARA TRANSCENDER O AGRONEGÓCIO ..... 5284
- 1º ENCONTRO NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (1º ENESF)..... 5287
- A TELESSAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEFÉ: DESAFIOS E CONQUISTAS..... 5289
- “PARA MUDAR O MUNDO É PRECISO MUDAR A FORMA DE NASCER” – EXPERIÊNCIAS DE UMA OFICINA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... 5291
- CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS ..... 5294
- O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO COMO PONTO DE PARTIDA PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI - REGIONAL NORTE 1 ..... 5295
- PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIA COM O GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GGAM) NO CENÁRIO POTIGUAR ..... 5296
- FOMENTO AO CUIDADO E HUMANIZAÇÃO EM ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O



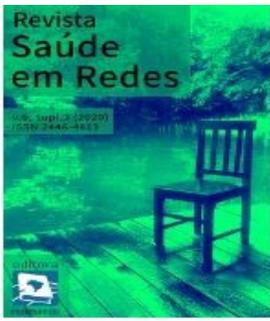
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

- LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL NO PROJETO “PENSA, IMAGINA, INVENTA!” ..... 5299
- ASPECTOS QUE IMPACTAM NEGATIVAMENTE A SAÚDE MENTAL DOS DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS ..... 5302
  - SAÚDE MENTAL EM PERSPECTIVA: ANÁLISE DO DIÁLOGO ENTRE O NASF E A APS EM UMA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS ..... 5305
  - DETERMINANTES CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS NO USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS COM DIFERENTES TIPOS DE FINANCIAMENTO: PÚBLICO, PRIVADO E PLANOS DE SAÚDE. .... 5308
  - MONITORAMENTO DA COMPLETUDE DA CADERNETA DA GESTANTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 5311
  - ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE (RS) EM MEIO A UMA CRISE NO INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... 5314
  - MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO EM MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DA BAHIA: 2007 A 2016 ..... 5317
  - O CUIDADOR E SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE ..... 5318
  - VISITA DE ACOLHIMENTO DAS GESTANTES EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM BELÉM (PA)RÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 5321
  - BARREIRAS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO VERTICAL AOS PACIENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA ..... 5323
  - ANÁLISE DA GESTÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO ..... 5326
  - BATALHA NAVAL: ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA CUIDAR DAS VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA PESSOA COM CARDIOPATIA..... 5329
  - OS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 5330
  - VISITA DOMICILIAR REALIZADA A UM PACIENTE COM TUBERCULOSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 5332
  - O “TERRITÓRIO LÍQUIDO” COMO DESAFIO PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA ..... 5334
  - INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – UMA SÉRIE HISTÓRICA ..... 5336
  - SURTO DE SARAMPO NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO .... 5337



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

- ACEITABILIDADE DA MERENDA EM ESCOLAS PARTICIPANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR EM SANTARÉM, PARÁ ..... 5339
- PROPOSTA DE ESTRATÉGIA EMPODERADORA PARA O CONSELHO DE SAÚDE ..... 5341
- TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO: CARTOGRAFIA DE UM PERCURSO QUE O TRABALHADOR DE SAÚDE DESCONHECE ..... 5344
- PET-SAÚDE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL – OS DESAFIOS DE IMPLANTAR E PRATICAR ..... 5347



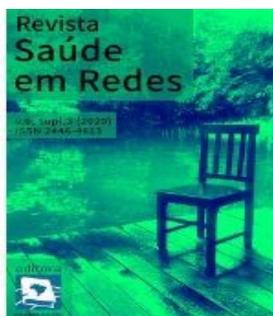
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9722

### “PATRIARCADO, APROPRIAÇÃO E DISCIPLINARIZAÇÃO DO CORPO FEMININO PRIVADO DE LIBERDADE: O CASO BÁRBARA.”

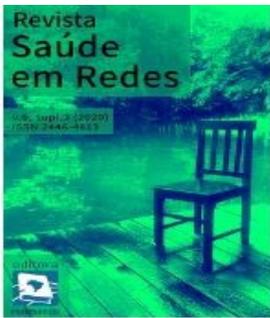
Autores: Fernanda Galvão Gonçalves Moreira Khouri, Tiago Braga Espirito Santo, Clarissa Terenzi Seixas, Elisa Gabriela Neri Rosa, Emerson Elias Merhy

Apresentação: Este texto constitui um desdobramento do estudo intitulado "A saúde mental de mulheres em situação de cárcere à luz da produção de verdade midiáticas: o episódio Bárbara". Para o presente texto, foram utilizadas como fontes 23 notícias que destacam-se por descrever um episódio ocorrido no ano de 2015, envolvendo uma mulher em situação de cárcere, em um presídio da cidade do Rio de Janeiro. Síntese do episódio: Bárbara Oliveira de Souza, 35 anos, presa em abril de 2015 por tráfico de drogas, usuária de um serviço de Saúde Mental, dá a luz sozinha em cela comumente conhecida como “solitária”. O episódio ocorreu no dia 11 de outubro de 2015 e teve como justificativa para o isolamento comportamento agressivo de Bárbara. Após ter realizado sozinha o parto na solitária, Bárbara foi encaminhada para uma instituição hospitalar e sua filha seguiu para um abrigo. A partir desta síntese do relato jornalístico, questiona-se: o suposto “comportamento agressivo” justifica o encaminhamento de uma gestante com o parto iminente à solitária? Estaria o episódio de agressividade reportado, relacionado ao estado avançado de gravidez e às dolorosas contrações presentes em um desenrolar de trabalho de parto, agravadas pelas conjuntura do cárcere? Foram consideradas as questões de saúde mental e do uso de substâncias psicoativas de Barbara nessa decisão? Como operam as instituições prisionais femininas e como tornaram-se mecanismos estatais para o controle dos corpos femininos, em um diálogo articulado entre a expectativa social punitiva e o campo jurídico-policial? Método: Considera-se “fonte” qualquer vestígio que remeta à ação humana e que proporcione acesso à compreensão da realidade acerca de uma determinada situação social, desde que o aceitemos como incompletos, parciais ou imprecisos, demandando assim investimento interpretativo e triangulação com literatura teórica de suporte que subsidie a análise. Para a busca das notícias, utilizou-se meios de comunicação de modalidade online, através do Google – Notícias, onde se captou registros sobre o referido episódio, tendo o dia do acontecimento, como marco inicial, e o dia 11 de novembro, como marco final, oferecendo 30 dias para a publicação dos desdobramentos. Todos documentos utilizados são de acervos públicos, não necessitando de submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Desenvolvimento: Buscou-se analisar o conteúdo das notícias encontradas frente aos marcos legais da área de saúde mental, de saúde da mulher e da questão do cárcere feminino, à luz dos estudos de Silvia Federici. A referida autora, através de uma extensa retrospectiva histórica, analisa os aspectos sócio-econômicos que culminaram na perda contínua de autonomia das mulheres sobre seus corpos por imposições institucionais, consolidadas desde as sociedades medievais. Resultado: Coube-nos resgatar brevemente a trajetória das instituições prisionais e como a especificidade das mulheres foi, gradativamente, tomando lugar nos debates deste campo em cenário nacional; problematizar a construção legal do direito à saúde das mulheres em situação de cárcere e a natureza e efetivação das ações



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

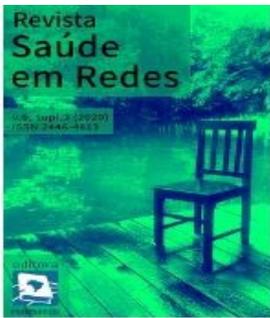
que lhes eram destinadas; e retrazar o caminho das políticas voltadas para o atendimento em Saúde Mental de pessoas em situação de cárcere, com foco nas mulheres com transtornos mentais, assim como a evolução das políticas voltadas para essas mulheres em situação de gestação e maternidade. Silvia Federici evidencia as denúncias do movimento feminista frente às estratégias violentas impostas por homens nos sistemas opressores como uma tentativa de disciplinar e apropriar-se dos corpos femininos. Para a autora, as diferenças sexuais construídas ao longo deste processo, apresentam relação direta com as funções sociais impostas às mulheres, de modo a condicioná-las a um funcionamento necessário para a cristalização do novo modelo econômico que se instituía. Suas pesquisas apontam a relação da execução de milhares de mulheres, evento que data o início da era moderna conhecido como "caça às bruxas", com o surgimento do capitalismo, uma vez que o novo modelo econômico se encarregou de minar direitos, entre eles os relacionados à concepção, parto e nascimento para apagar sujeitos femininos como a herege, a curandeira, as parteiras, como forma de fundamentação ao novo modelo econômico. Tais questões relacionam-se diretamente com o episódio Bárbara, e tantos outros que não alcançaram destaque midiático, uma vez que o sistema prisional, por ser uma instituição do Estado, tem como dever proteger os direitos constitucionais dos cidadãos. Entretanto, por estar dentro de uma lógica patriarcal, utiliza-se desse poder para decidir o destino dos corpos femininos, muitas vezes reforçando atitudes segregadoras, marginalizando mulheres e usurpando seu direito à maternidade. É importante pontuar que independente de interesses editoriais e viés político, nenhum veículo deu lugar ao contraditório, escutando ou noticiando o episódio a partir do ponto de vista de Bárbara ou de seus familiares, o que, invariavelmente, silencia a principal personagem da história. Este fato aponta para o poder que a sociedade impõe sobre corpos femininos em situação de vulnerabilidade, no caso de Bárbara, sua situação de cárcere, condição de sua saúde mental e posição socioeconômica. Diante de tal caso e suas repercussões levantamos o questionamento do tratamento que as mulheres em situação de cárcere recebe, em especial mulheres gestantes. Seus direitos são preservados e garantidos? O caso analisado evidencia que a instituição prisional possuía uma unidade de saúde materno-infantil para atendimento ao parto, o que lhe foi negado diante da imposição ao isolamento, colocando sua saúde e de seu bebê em risco diante de um parto desassistido. O que acontece com os bebês dessas mulheres após ao parto? É garantido por lei, segundo o artigo 5º da Constituição, o direito às mulheres em cárcere de amamentar seus filhos exclusivamente até os 6 meses, período este preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro e Organização Mundial de Saúde. Está previsto ainda pela Lei da Execução, artigo 83 § 2º e o artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o sistema prisional deve propiciar condições favoráveis e berçários adequados para que mulheres privadas de liberdade possam amamentar seus bebês. O que ocorreu com Bárbara, entretanto, foi um afastamento imediato após o nascimento, sendo o bebê encaminhado para adoção sem que a família fosse sequer notificada. A família teve acesso a informação sobre o nascimento do bebê a tempo de interceder e garantir a guarda da criança. Cabe ressaltar que este não é um caso isolado, uma vez que existem portarias municipais, agindo supostamente em defesa do interesse do menor, que têm sido fortemente questionadas por adotarem práticas escusas e contrárias às



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

prerrogativas legais que atestam que o poder familiar só pode ser destituído quando esgotados todos os meios de manter a criança no âmbito familiar natural. Considerações finais: O episódio Barbara, diante da análise apresentada, aponta para a fragilidade da autonomia das mulheres, em especial usuárias de serviços de saúde mental e/ou privadas de liberdade sobre seus corpos e a garantia de seus direitos constitucionais em instituições do Estado. A repercussão midiática também coloca luz sobre a fragilidade do sistema prisional e a necessidade de novas realidades que garantam os direitos constitucionais aos cidadãos, em especial neste recorte, as mulheres em situação de cárcere.



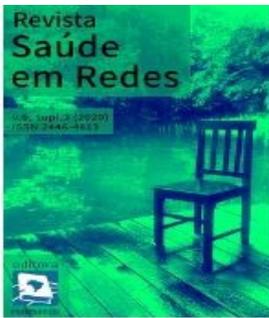
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9723

### PERFIL DOS MÉDICOS SUPERVISORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (QUALIFICA-APS)

**Autores:** MARIELA PITANGA RAMOS, Laís Coelho CASER, Silvio José Santana, CLARICE Sampaio Cunha, QUELEN Tanize Alves Da Silva

**Apresentação:** O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QUALIFICA-APS), criado pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, que é vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, visa organizar e qualificar a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no Espírito Santo, estreitando as relações entre o Estado e os municípios e fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão. **Objetivo:** Analisar o perfil dos médicos docente-assistenciais inscritos no Programa. **Método:** Estudo descritivo do perfil dos médicos inscritos no processo de seleção para o QUALIFICA-APS que desenvolverão as atividades docente-assistenciais e foram selecionados através de edital, tendo como pré-requisito titulação em MFC. **Resultado:** Houve 57 inscritos homologados, dos quais 20 apresentavam título e 37 tinham residência médica, destas, 15 no RJ, 14 no ES, 05 em MG, 02 em SP e 01 no RS. Além disso, 09 possuíam mestrado e 19 experiência com preceptoria. Com relação ao estado de origem, 05 eram de Minas Gerais, 08 do Rio de Janeiro e 44 do Espírito Santo. Com relação ao sexo, 39 eram mulheres e 18 homens. Sobre a faixa etária, 06 inscritos tinham 51 anos ou mais, 07 entre 41 a 50 anos, 30 entre 31 a 40 e 14 com 30 anos ou menos. **Resultado:** Constatou-se maior procura pelo sexo feminino (68,4%), baixa experiência com preceptoria (apenas 33,3%) e que 64,9% possuíam residência médica. Por fim, observa-se que apesar da ação estadual do Programa, a maioria dos que possuem residência médica a realizaram em outros estados (62,1%).



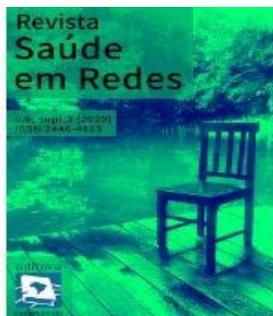
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9724

### ENFERMEIRAS NEGRAS DE DESTAQUE NA SOCIEDADE BRASILEIRA E SEUS LEGADOS DEIXADOS PARA A ENFERMAGEM CONTEMPORÂNEA

Autores: Gabriela Almeida Damasio, Maria Fernanda Terra

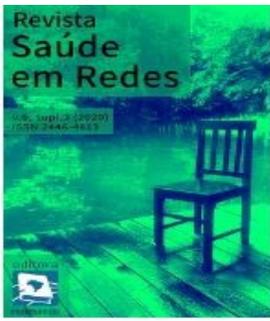
Apresentação: Este trabalho tem por finalidade apresentar o legado de enfermeiras negras brasileiras ressaltando a importância dos cuidados de enfermagem, olhando com olhar holístico e respeitando a cultura do outro e mostrando a importância das mulheres negras de destaque na profissão a partir de práticas de cuidados em saúde e os legados deixados para enfermagem contemporânea e suas áreas de atuação. Consideramos que a prática de cuidado agrega as questões culturais, experiências vividas ao longo da carreira e da vida. O racismo institucional nega e invisibiliza as mulheres negras na história da profissão de enfermagem. O início da enfermagem é marcado a partir das ações assistenciais de Florence Nightingale durante a guerra da Criméia. Esta enfermeira foi responsável por criar a 1ª teoria de enfermagem – teoria ambientalista, que, apresenta que “o que a enfermagem tem de fazer, é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele”. Outra grande enfermeira da época foi Mary Seacole, que ficou conhecida como, “Nightingale Negra”, na guerra da Criméia, mas que teve o seu trabalho esquecido não só pela história geral, como também pela própria enfermagem, uma enfermeira negra, esquecida frente ao preconceito da época. No Brasil, em 1932, uma mulher negra, não citada como atuante da prática de cuidados à doentes, conhecida como Maria Soldado, esteve presente na história do país atuando como enfermeira da legião negra na Revolução Constitucionalista. Consideramos que as mulheres negras foram as primeiras cuidadoras do Brasil, o cuidado inicialmente prestado sob o marco histórico da escravidão através das curandeiras, que a partir de seus conhecimentos empíricos, intuitivos e espirituais prestavam cuidados de seus irmãos e das crianças que eles cuidavam dentro da casa onde moravam. As parteiras que atuavam identificando a gravidez e fazendo orientações nas complicações e amas de leite que acompanhavam as crianças em toda sua infância caracterizando uma condição de maternidade. De acordo com o Instituto Oromillaridade, os cuidados foram estabelecidos historicamente pelos escravos com participações das religiões de matriz africana (Candomblés, Umbandas) trazidas pelos negros, através de seus cultos e preceitos, que se mantém até hoje uma prática de cuidado particular, baseado na fé por meio de rituais próprios de cada religião. No caso das mulheres negras, muitas se destacaram na história da profissão, apesar de pouca notoriedade. Por falta de conhecimento da história e falta de valorização das mulheres negras, dos cuidados e pela falta de compreensão, por excluir a historiografia da profissão fatos e memórias, uma vez que a participação da mulher negra na história do cuidado é algo que antecede os cuidados conhecidos por Florence Nightingale. Deve-se considerar que é necessário estudos que evidenciem a relação Enfermeiro e paciente no âmbito de relações racistas e preconceituosas que possam interferir na assistência de Enfermagem o que impede o cuidado cidadão humanizado, com olhar holístico. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, “O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial nos



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, a alteração no contexto das trajetórias, omissão de singularidades, negação de fatos históricos e invisibilidade de sujeitos históricos tem como objetivo idealizar uma identidade e como consequência, não atende a representatividade de indivíduos que compõe essa comunidade”. Objetivo: esse trabalho está em fase inicial e buscará Identificar, a partir da literatura e documentos publicados, as enfermeiras negras de destaque na sociedade brasileira e os legados deixados por elas e para a Enfermagem contemporânea. Método: O presente estudo é de natureza qualitativa, descritiva de essência narrativa que se utiliza do método pesquisa histórica a partir da análise documental com a finalidade de resgate de memórias em um recorte temático. A pesquisa tem por objetivo o resgate do passado para compreensão deste com a perspectiva do entendimento de questões que perduram no presente, e possibilitam projeções futuras. Para essa pesquisa, serão buscados documentos, tais como: matérias de internet, livros, artigos, documentos etc. em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americano e do Caribe em ciências de Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library online (SciELO ) e google acadêmico. Análise e interpretação de dados: Para esclarecimento dos resultados e análise de dados deliberou-se pela construção de uma tabela estruturada com os seguintes componentes: Informações pessoais, Identificação Pessoal, Ano de nascimento e morte, Cidade de nascimento e de morte, Religiosa e religiosidade, História de vida pessoal na família, Informações profissionais, Cidade de formação em enfermagem, Escola de enfermagem, Ano de formação, Habilitação, Área de atuação profissional, História de trabalho e participação social e/ou comunitária e qual o destaque social, tipo de estudo e referência das enfermeiras negras sendo elas Maria Stella Azevedo Santos, Yvone Lara Costa, Izabel dos Santos, Mary Jane Seacole, Maria José Barroso. A tabela estruturada se deu por considerar que este permite o resumo dos dados coletados e tratados para melhor organização da narrativa histórica e da análise documental. Considerações finais: Pode-se de afirmar que essa pesquisa é importante para que, os profissionais de saúde saibam que existe racismo institucional e preconceito com a mulher negra na enfermagem. O racismo foi uma fonte norteadora para o esquecimento da história de luta da mulher negra na vida pessoal e profissional, é importante conhecer a história da sua cultura e de seu povo para que não caia no esquecimento um marco histórico de resistência.



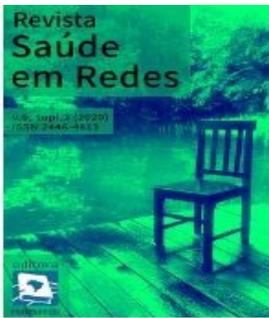
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9725

### AValiação DO DIA D NA CAMPANHA DO OUTUBRO ROSA E SEU IMPACTO NA COLETA DO PREVENTIVO NO PÚBLICO-ALVO DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DO TEIXEIRA DE FREITAS

Autores: Tatiana Fukui Silveira

Apresentação: O programa médico de família de Niterói realiza no mês de outubro como em todo território brasileiro a campanha do outubro rosa como estratégia de captação de mulheres entre 25 a 64 anos de idade para a coleta de preventivo como forma de incentivo a prevenção do câncer de colo uterino, bem como exame físico e solicitação da mamografia a partir de 50 anos como orienta o ministério da saúde. Na promoção da saúde da mulher na regional norte 1 (PMF Teixeira de Freitas) entendemos que o fortalecimento de instrumentos (ficha de gerência da saúde da mulher) torna-se um importante orientador epidemiológico desta população adscrita. Tendo considerado um dia da campanha para avaliação como supervisão médica no trabalho executado pela equipe multiprofissional das atividades propostas (educação permanente e assistência ao usuário). Entendendo que a campanha já apresenta uma regularidade da ação desde 2002 para o câncer de mama e desde 2011 para o câncer de colo uterino. Houve frequência pelo serviço de 34 mulheres do território, no chamado dia D da campanha do outubro rosa. Observou-se que a maior incidência na frequência de comparecimento na unidade se deu a mulheres acima de 40 anos. Podemos entender então o impacto da publicidade sobre a população pois o mote da campanha se dá com maior ênfase sobre o câncer de mama e pouco sobre o do câncer de colo uterino. Fica como consideração importante que haja capacitação das equipes no entendimento de sua importância na educação permanente do usuário, na utilização de elementos como a ficha de gerência da mulher entendendo que a completude dos dados são importantes pois são elementos nutridores dos fluxogramas geradores de estratégias de trabalho de prevenção nesse público-alvo e talvez seja uma forma de implementarmos melhoria na coleta do preventivo já que se percebe um baixo índice de cobertura, entendendo as diversas dificuldades encontradas (mitos sobre o exame, violência do território, horário de funcionamento da unidade e outros) mas talvez a observância destas fichas possam ser instrumentos para organização da equipe para vigilância, conscientização da importância do exame e captação deste grupo populacional no território e o oferecimento de dias alternativos para que se possa oportunizar a captação.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

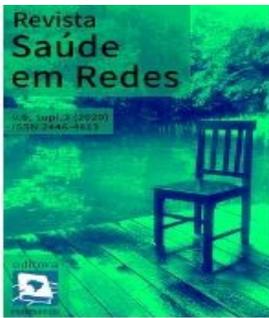
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9726

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PRODUÇÃO DO CUIDADO: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Autores:** Laís Lopes Gonçalves, Jaçamar Aldenora dos Santos, Caroline Nascimento de Souza, João Vitor Nascimento Palaoro, Ana Paula de Araújo Machado, Italla Maria Pinheiro Bezerra

**Apresentação:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é definida como um modelo de organização e sistematização do cuidado. Este modelo de atenção é privativa do enfermeiro durante todo o seu processo de trabalho para que o mesmo possa desenvolver suas ações de maneira a melhorar a qualidade dos serviços e assistência prestada aos indivíduos. Diante disso, o trabalho tem como objetivo descrever a percepção da sistematização da assistência de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado em um município da região Norte do Brasil, da Amazônia ocidental. Fizeram parte dessa pesquisa 50 enfermeiros cadastrados nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) das unidades de saúde. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestructural e não participativa mediada por um checklist nos meses de agosto e setembro de 2017. O processo de organização de dados ocorreu a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin. O estudo respeita os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos dispostos na resolução 466/12, sendo aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte, sob parecer de nº 1.975.410. **Resultado:** Evidenciou-se que a percepção dos enfermeiros da atenção primária em saúde em relação à sistematização tem foco nas etapas do processo para a construção do plano de cuidado, entretanto ligada a facilidade de implementar protocolos ministeriais. Na prática, estes não executam de forma a atender as etapas do processo de enfermagem e apenas desenvolvem ações com foco no problema de saúde, fragmentado. **Considerações finais:** A SAE é percebida como metodologia para melhoria da qualidade da assistência prestada, porém o processo de trabalho dos enfermeiros se encontra limitado aos programas assistenciais com a implementação de protocolos, o que implica em (re) formulação de práticas para que a SAE não seja apenas reconhecida como uma importante ferramenta do cuidar mas de fato executado no processo de trabalho no seu cotidiano.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

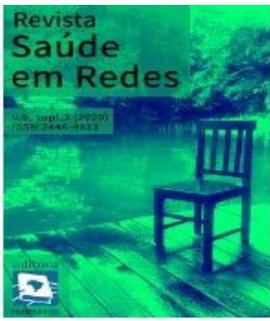
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9727

### O USO DAS REDES SOCIAIS PARA VISIBILIDADE DO SIMPÓSIO DE CIÊNCIA, ARTE E CIDADANIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Autores: Rita de Cássia Machado da Rocha, Roberto Todor, Luciana R Garzoni, Roberto Rodrigues Ferreira, Tania Cremonini de Araújo-Jorge

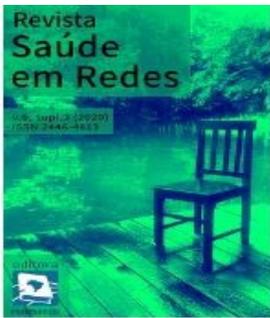
Apresentação: A 10ª edição do Simpósio de Ciência, Arte e Cidadania foi realizada em 2018 e comemorou os 20 anos de atividade da linha de pesquisa transdisciplinar de CienciArte do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (Liteb/IOC/Fiocruz). Nas edições anteriores, desde 2002, nenhuma rede de comunicação havia sido construída para sua visibilidade, apesar da existência de registros audiovisuais. A ideia da construção de canais partiu da experiência da autora que, em seu trabalho de mestrado já havia sistematizado um fluxo de interação e engajamento observando as dificuldades e limites de cada rede. Construímos um canal no YouTube e uma fanpage no Facebook para Simpósio de 2018, incluímos todas as atividades e utilizamos a estratégia da observação para detectar em que rede se encontrava o público interessado em ciência e arte ou na temática apresentada. Desenvolvemos a seguinte metodologia: inserir conteúdos nas redes YouTube e fanpage e divulgar inicialmente entre os nós, atores do simpósio e pelas vias institucionais de cada parceiro (nó da rede) envolvido no Simpósio. O conteúdo inicial criado foram vídeos-convites das palestras para observar quantos engajamentos alcançaríamos, tiveram vídeos-convites com maior engajamentos tais como o vídeo com 1,1 mil visualizações e 42 compartilhamentos e um segundo com 1,9 mil visualizações que teve 25 compartilhamentos. Desses dois inferimos que não é apenas o número de compartilhamentos que influencia na contagem de visualizações, mas os influenciadores digitais, famosos das redes ou conhecidos do meio acadêmico que interagem nas redes sociais, despontaram como mais visualizados e compartilhados. A administração das redes foi diretamente da autora. Contabilizando os dados da fanpage temos 460 seguidores, mais de mil visualizações em vídeos e o canal do Youtube conta com 116 inscritos. Os vídeos do YouTube, pelas normas das redes, não puderam ser inseridos na fanpage, e por isso cada canal teve seus vídeos inseridos originalmente, dificultando assim o fluxo automático e sincrônico de postagens. Uma limitação que enfrentamos foi a internet dos locais onde aconteceu os eventos do Simpósio, motivo pelo qual o que não era registrado online foi registrado, editado e postado posteriormente ao evento. Outra limitação foi a questão do alcance orgânico de cada vídeo e dos canais. Após o Simpósio de 2018, alteramos o nome dos canais identificando então a Rede de Ciência, Arte e Cidadania que tem a finalidade de potencializar as ações e visibilidades do campo de ciência e arte. Acreditamos que a evolução dos conhecimentos se vincula cada vez mais ao grau de compromisso social da ciência com a qualidade de vida e à capacidade de resistência da cidadania e luta pela democracia, para participação nas decisões concernentes ao futuro de todos. A humanização do SUS adota movimentos e práticas de educação popular que incorporam os elementos da arte e da ciência. A integração entre Ciência e Arte fomenta a esperança e a expectativa de um salto na criatividade e inovação em todos os campos da sociedade. Ciência, Arte e Cidadania 2018 proporcionou



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

uma rica troca de experiências concretizando o conceito amplo e contemporâneo de Saúde inserida na Cultura e fortalecendo as emoções vivenciadas por quem participou dos encontros anteriores.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

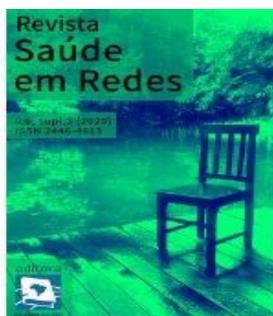
Trabalho nº 9730

### PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE COMO LIDAR COM PESSOAS OBESAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Autores:** Doralice Batista das Neves Ramos, Luciana Maria Cerqueira Castro, Livia Cardosos Gomes Rosa, Bernardo Coelho Mastrangelo, Rebecca Cruz Beletatti, Victória Miranda Cantuario Maciel Damasceno, Inês Rugani Ribeiro de Castro

**Apresentação:** A obesidade é uma condição crônica, prevalente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, presente em todas as faixas etárias. Com isso, a Atenção Primária a Saúde configura-se como um espaço fundamental para realização de ações de prevenção e tratamento desse agravo, tendo as seguintes atribuições: ser a porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade integrados à rede assistencial; exercer cuidado contínuo ao longo do tempo, com capacidade para resolver as principais necessidades de saúde da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; e realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos. Os profissionais de saúde são essenciais para o desenvolvimento dessas ações. Para que elas ocorram, é necessário, entre outros, que haja organização e qualificação do serviço de saúde, por exemplo, por meio da formação continuada dos profissionais, para atender a demanda dos usuários. Nesta perspectiva, o presente trabalho possui como objetivo compreender os limites identificados por profissionais de saúde em sua formação para lidar com pessoas obesas.

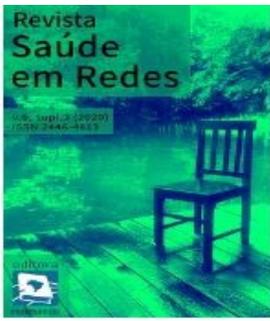
**Desenvolvimento:** O presente estudo está vinculado ao projeto “Ações de controle e enfrentamento da obesidade no Estado do Rio de Janeiro – pesquisa, formação, monitoramento e difusão”, coordenado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Ele é desenvolvido por meio da parceria entre seis Instituições de Ensino Superior, seis Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, sendo financiado pelo Ministério da Saúde através do CNPq. Um dos eixos do projeto tem como foco a formação de profissionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, denominado “Cuidado da obesidade no território: reflexão e ação”. Este curso semipresencial abarca atividades práticas e teóricas, com foco no cuidado integral dos indivíduos para prevenção e controle da obesidade. Possui duração prevista de 11 meses, com carga horária de 200 horas, distribuídas em 48 horas presenciais (seis encontros de oito horas) e 152 horas à distância; sendo 64 de atividades teóricas, 100 de atividades práticas e 36 de atividades teórico-práticas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ, sob o parecer do CEP 3.288.424 de 26/04/2019. No início do projeto, foram selecionados 34 dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, contemplando suas nove regiões administrativas, considerando-se os seguintes critérios: presença de equipes NASF-AB, recebimento de recursos nos anos de 2017 e 2018 do Fundo de Alimentação e Nutrição, do Programa Crescer Saudável e de Vigilância Alimentar e Nutricional, além de possuir Área Técnica de Alimentação e Nutrição ativa. Destaca-se, que dentre os 34 municípios convidados para integrar o projeto, 27 assinaram o termo de anuência para participação e indicaram, no total, 501 profissionais de nível superior para realizar o curso. Durante a



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

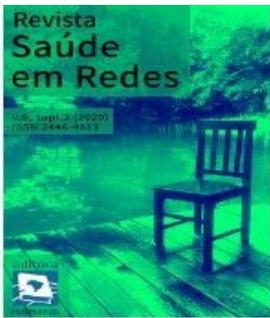
primeira atividade presencial, realizada em outubro de 2019, que foi o evento de abertura das atividades do projeto e do curso para os profissionais, foi aplicado um questionário autopreenchido, com questões abertas, que possuía questões sobre o perfil profissional, especialidade, município de atuação, conhecimento sobre as ações de prevenção e controle da obesidade desenvolvidas no seu município e as dificuldades/limites encontradas na formação que prejudicam o cuidado aos indivíduos obesos. Resultado: Dentre os 501 profissionais indicados, 407 fizeram a inscrição no curso através de um formulário eletrônico, 251 foram à primeira atividade presencial do curso e 225 preencheram o questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. As áreas de atuação mais recorrentes entre os profissionais estudados foram: nutrição (108; 48%), enfermagem (56; 24,8%), psicologia (14; 6,2%), medicina (12; 5,3%) e educação física (10; 4,4%), havendo também profissionais das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, assistência social, sanitarista, terapia ocupacional e odontologia. A grande maioria 148 (65%) dos profissionais respondeu que sentia dificuldade em lidar com a questão da obesidade devido a limites encontrados na sua formação (148; 65%), enquanto que 61(27%) deles consideravam que não houve falhas na sua formação para lidar com a obesidade. Dentre os limites/deficiências na formação para lidar com a prevenção e controle da obesidade, os mais recorrentemente apontados foram: lidar com as questões referentes ao comportamento e aspectos psicológicos dos pacientes com obesidade; o aumento da influência da mídia na alimentação dos pacientes; orientação alimentar alternativa para população com renda familiar baixa; estratégias de educação nutricional e ações de prevenção e controle da obesidade; hábitos alimentares, fatores culturais, sociais e ambientais relacionados a obesidade; e aumento da desistência em relação ao tratamento dietoterápico. Aqueles que não identificaram limites na sua formação apresentaram como justificativa para isso o fato de os municípios em que estão inseridos possuírem capacitação permanente e a troca de conhecimentos sobre os diversos determinantes da obesidade entre as equipes multiprofissionais. Além disso, alguns profissionais que não eram da área da Nutrição relataram disciplinas e formações complementares insuficientes relacionadas à obesidade durante a graduação e nas unidades de saúde que trabalham, apesar de reconhecerem a transversalidade do tema e de seus determinantes. Considerações finais: Os profissionais apontaram limites importantes na sua formação, que podem comprometer o cuidado integral aos sujeitos com obesidade. Acredita-se que o curso oferecido no âmbito do projeto de pesquisa aqui relatado possibilitará a aproximação dos profissionais com as questões apontadas como limitantes, pois estas estão presentes nos conteúdos que o curso abordará ao longo dos módulos e, também, pelo fato de que, durante as aulas presenciais, existem espaços de troca entre os profissionais de diferentes municípios, o que possibilita um maior conhecimento a respeito da realidade vivenciada por cada um deles. Além disso, é necessário que haja maior incentivo federal, estadual e municipal para a formação permanente dos profissionais, que possibilite a ampliação da compreensão sobre obesidade pelos diferentes profissionais da saúde, objetivando alcançar um atendimento humanizado. E que haja mais espaços de diálogo entre os profissionais, como as equipes multiprofissionais oferecidas pela iniciativa do NASF-AB,



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

que vem sofrendo com a redução das suas equipes e cuja manutenção está ameaçada, tendo em vista as medidas recentes de financiamento do Sistema Único de Saúde.



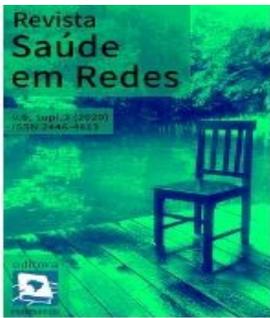
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9731

### A EXPERIÊNCIA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ENSINO, SERVIÇO E HIPERTENSOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

**Autores:** Dayse Mary da Silva Correia, Luanna Barci Dutra da Costa, Ana Carolina Eiris Pimentel, Alessandra de Oliveira Guimarães, João Victor Jaegger de França, Raquel Ravoni dos Santos, Fernanda Ávila da Costa Pereira, Valeriana Cantanhede Rodrigues

**Apresentação:** No período de 2000 a 2013 no Brasil, houve um aumento de mortalidade por doenças hipertensivas. É um dado alarmante diante da estimativa de 36 milhões de brasileiros hipertensos. Portanto, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principalmente a “Resistente”, de grande relevância para políticas públicas de saúde, em níveis diferentes de atendimento no Sistema Único de Saúde(SUS), com apoio multidisciplinar. **Objetivo** Descrever a experiência da Enfermagem no Projeto de Extensão “Abordagem Multidisciplinar na Hipertensão Resistente” do Núcleo de Pesquisa em Hipertensão Arterial Sistêmica (NUPHAS). **Método** Trata-se de um relato de experiência no referido projeto de extensão no Ambulatório de Hipertensão do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), no qual há 160 pacientes cadastrados. E no qual, semanalmente, os pacientes agendados fazem avaliações como: mensuração da pressão arterial, frequência cardíaca, peso corporal, altura e cintura abdominal; e consultas com a medicina, nutrição, farmácia e enfermagem. **Resultado:** Foram realizadas nos últimos 30 meses pela Enfermagem, as seguintes atividades assistenciais: construção de um questionário único para a realização da consulta de enfermagem; planejamento e execução da monitorização telefônica aos hipertensos; educação em saúde; triagem para as consultas de enfermagem, médica e nutricional; e participação em atividades multidisciplinares. Quanto às atividades de pesquisa e ensino pode-se destacar: a criação do grupo de pesquisa denominado GEPHAS\_UFF (Grupo de Enfermagem e Pesquisa em Hipertensão Arterial Sistêmica); contribuição para o ensino-aprendizagem de graduandos e pós-graduandos em enfermagem; discussão de casos clínicos; e pesquisas com foco em hipertensão, autocuidado e intervenções não farmacológicas. **Conclusão** Há enorme importância em acompanhar e monitorar as necessidades de saúde do hipertenso e sua qualidade de vida, buscando por intervenções multidisciplinares, além de proporcionar oportunidade de aprendizagem a profissionais, bem como aos futuros, visando o atendimento integrado do paciente e seu autocuidado.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9732

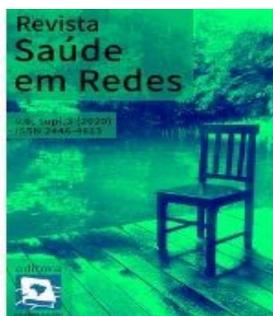
### MOTIVOS DE CESARIANAS: A VISÃO DAS MULHERES QUE PARTICIPARAM DA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL SOBRE O PARTO NORMAL, EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER

Autores: Eloá Domingos Pereira Carvalho; Sônia Lansky; Danúbia Mariane Barbosa Jardim; Eliane Rezende de Moraes Peixoto

**Apresentação:** No Brasil a atenção obstétrica é marcada por um contexto histórico de lutas, avanços e retrocessos que retratam as políticas em vigor e orientam as ações direcionadas à saúde materno-infantil. Vivenciamos o chamado “paradoxo perinatal brasileiro” no qual a assistência médico-centrada e altamente tecnicista não impacta nos indicadores de morbimortalidade das mulheres no país. A prática profissional predominante é iatrogênica e sem sustentação nas evidências científicas, com marcante manipulação da informação e convencimento da população de sua necessidade de consumo tecnicista pretensamente em nome do tabu do risco e da segurança. Na esteira das práticas intervencionistas e rotineiramente padronizadas refletimos sobre a cirurgia cesariana, que é atualmente é a forma predominante de nascer, com taxa de 57% em 2017. As altas taxas de cesariana transformaram o cenário da atenção obstétrica brasileira em um grave problema de saúde pública, além de ser um indicador assistencial importante quando comparamos os setores privado e público, com proporções de 86% e 40%, respectivamente. Diversos esforços na tentativa de contribuir para a mudança desse cenário têm sido realizados, como a exposição Sentidos do Nascer, que visa incentivar, por meio de vários dispositivos interativos, lúdicos, artísticos e disponibilização de informação baseada em evidência científica, a mudança do modelo obstétrico vigente no país. Possibilita ao visitante quebrar paradigmas e tabus da sociedade sobre o parto e nascimento, além de valorizar as boas práticas assistenciais no parto e nascimento, com foco na redução de intervenções desnecessárias, incluindo a redução das taxas de cesarianas desnecessárias. Este estudo analisa o perfil sócio-econômico e demográfico das gestantes que visitaram a Exposição SDN e os motivos relatados por essas mulheres para a realização da cesariana nos setores público e privado.

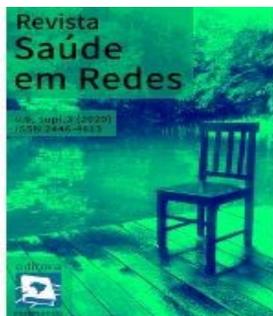
**Desenvolvimento:** Trata-se de estudo observacional, transversal, realizado com 650 (43%) das 1297 gestantes que visitaram a exposição Sentidos do Nascer durante a gestação nas cidades de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Niterói, em 2015. As mulheres responderam ao questionário online por e-mail ou entrevista por telefone, após o parto. Para a análise estatística utilizou-se o software SPSS versão 2.0 para análise descritiva e teste de Pearson para comparação das proporções, considerando o valor de P de 0,05.

**Resultado:** Entre as 650 mulheres entrevistadas 52,6% (n=342) tiveram parto normal e 47,4% tiveram cesariana (n=308). As características socioeconômicas e demográficas das 650 mulheres comparado com aquelas das mulheres submetidas à cesariana (n=308) eram semelhantes, com predomínio da faixa etária de 20-34 anos (n=241, 78,2%), mulheres casadas ou em uma união estável (n=264, 85,7%), com renda familiar entre 2 a 5 salários mínimos (n=88, 30,1%), escolaridade acima de 12 anos (n=229, 76,6%), negras (pardas/pretas) (n=156, 51,0%), primíparas (n=229, 80,6%), referiram não serem gestantes de risco no pré-natal (n=270,



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

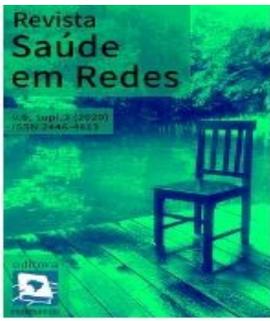
90,0%) ou no momento do parto (n=196, 66,7%) possuíam plano de saúde (n=248, 80,8%), realizaram pré-natal pelo plano de saúde (n=208, 69,1%) e tinham como local planejado para o parto a rede da saúde suplementar (n=171, 57,0%). Comparando o perfil das mulheres que tiveram cesariana no SUS com as mulheres da Saúde Suplementar (SS), foi maior a proporção de adolescentes, (SUS=5,1%; SS=0,9%), de mulheres solteiras (SUS=27,8%; SS=9,6%), de mulheres com renda familiar inferior a 2 salários mínimos (SUS=47,4%; SS=11,1%) e escolaridade menor que 12 anos (SUS=46,8%; SS=15,4%), e de mulheres negras (SUS=65,4%; SS=46,1%). Houve predomínio de cirurgia cesariana antes do trabalho de parto (n=179, 58,3%) na SS (n=135, 59,2%) e no SUS (n=44, 55,7%). A maioria das cirurgias ocorreu na gestação de termo completo (39 semanas a 40 semanas e 6 dias) (n=188; 61%) sendo 54,4% no SUS (n=43) e 63,3% na SS (n=145), ). Os nascidos no período de termo precoce (37 semanas e 0 dias a 38 semanas e 6 dias) corresponderam a 29,1% no SUS (n=23) e 24,9% na SS (n=57). O conhecimento das gestantes sobre o parto normal e sobre a cesariana por ocasião da visita à exposição relatados como “bom/muito bom” aumentou para as mulheres de ambos os setores SUS e SS após a visita à exposição: no SUS aumentou em 19,1% para o parto normal e 28,9% para cesariana e na SS o conhecimento sobre parto normal aumentou 35% e 31,2% para cesariana. O mesmo aconteceu com o conhecimento sobre os riscos da cesariana que aumentou em 29,2% entre as mulheres da saúde suplementar e 36,1% entre as mulheres do SUS. Foram relatados pelas mulheres 434 motivos para a realização da cirurgia cesariana. No setor privado o motivos mais frequentes citados para a realização da cesariana foram: “não teve dilatação” (n=38; 17%), já no SUS predominou “alteração na pressão e outras doenças hipertensivas da gestação” (n=13; 16,7%). Os motivos de cesariana foram organizados em 5 grupos distintos: 1) Problemas no parto; 2) Problemas na gravidez; 3) Problemas com o bebê; 4) Desejo da mulher e 5) Indicação/opção médica. No grupo “problemas no parto”, o motivo mais frequente foi “não teve dilatação” (n=44; 14,6%), no grupo “problemas na gravidez”, o motivo mais frequente foi “alteração na pressão e outras doenças hipertensivas da gestação”, no grupo “problemas com o bebê”, o motivo mais citado foi “apresentação pélvica” (n=35; 11,6%), no grupo “desejo da mulher”, o motivo mais referido foi “queria cesárea” (n=9; 3,0%). Neste grupo “desejo da mulher” 42 motivos foram citados, quase todos por mulheres do setor de saúde suplementar (n=38; 90,4%). O mesmo ocorreu no grupo “indicação/opção médica” (n=10; 83,4%), que foi o motivo mais citado (n=7; 2,3%). Considerações: As mulheres que participaram da Sentidos do Nascer eram predominantemente usuárias da SS mas tiveram taxa de cesariana bem abaixo da média esperada para este setor, de 86% segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relataram melhoria do conhecimento sobre o parto normal e a cesariana após participarem da exposição, o que demonstra que proporcionar maior o conhecimento para promover a mudança cultural e valorização do parto normal é fundamental para a redução das taxas de cesárea e intervenções desnecessárias durante o parto no Brasil, sendo a Exposição SDN uma estratégia efetiva para o alcance desse objetivo. Vale ressaltar que os principais motivos apresentados pelas mulheres para a realização da cesariana não são descritos cientificamente como critérios relativos ou absolutos do procedimento e em algumas situações descritas pelas mulheres os motivos são



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

injustificáveis. Importante também destacar as desigualdades entre os sistemas de saúde suplementar e público no Brasil, as características das usuárias e as diferenças das práticas assistenciais para a indicação da de cesariana. Esta análise auxilia na reorientação das ações propostas de sensibilização e educação em saúde para a sociedade de forma geral e, em particular, para gestantes, para empoderamento das mulheres e da sociedade com a ampliação do conhecimento, sensibilização e mobilização para a mudança da cultura e valorização do parto normal. Da mesma forma, aponta a necessidade de intervenções educativas para os profissionais de saúde, de monitoramento e regulação das práticas assistenciais nos serviços de saúde para garantir a segurança das mulheres e recém nascidos e melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal no Brasil.



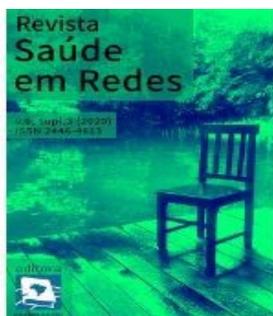
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9734

### PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E SUAS FUNÇÕES TERAPÊUTICAS EM BELÉM DO PARÁ

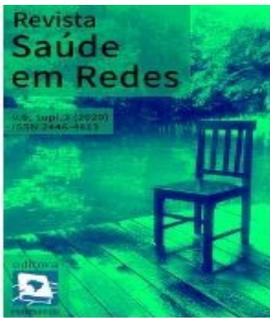
Autores: Larissa Kimberlle de Oliveira Vieira, Melina Navegantes Alves, Vitória Amorim, Luana Luana Borges Teixeira, Maria Lúcia Chaves Lima

Apresentação: Por Práticas Integrativas e Complementares (PIC) compreende-se um conjunto de atividades voltadas à atenção à saúde, pensadas como “alternativas” a um sistema médico-hegemônico e medicalizante, tais como a Terapia Integrativa Comunitária, Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura), Dança Circular, entre outras. Atualmente há 29 práticas reconhecidas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) inicialmente instituída em 2006; com intuito de prevenir agravos, recuperar e promover saúde, com ênfase na atenção básica, no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Nesse sentido, o que se denomina hoje como PIC são práticas que não se enquadram na lógica hospitalocêntrica, tendo como base saberes que olhem o indivíduo para além do diagnóstico e que impulsionam sua autonomia no processo terapêutico. Essas práticas visam participar do processo de vida do sujeito – não meramente uma cura de doenças, estimulando o fortalecimento de vínculos, autoconhecimento e vendo o indivíduo como primordial no processo de autocura, além de impulsionar o protagonismo dos participantes de forma integrativa e interdisciplinar. As PIC são práticas de cuidado relevantes para a atenção à saúde mental devido a sua visão intrínseca de uma dimensão integral do indivíduo. Dessa forma, o trabalho teve como objetivo investigar quais Práticas Integrativas e Complementares são ofertadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estaduais localizados na zona urbana do município de Belém, localizada no estado do Pará, bem como os efeitos terapêuticos das PIC encontradas. A experiência foi realizada a partir de visitas aos 5 CAPS estaduais localizados em Belém: CAPS III Grão Pará, CAPS Álcool e Outras Drogas III (AD III) Marajoara, CAPS Amazônia, CAPS Icoaraci e CAPS Renascer. Nas visitas, além de observação do estabelecimento, foram realizados diários de campo e entrevistas com as/os técnicas/as responsáveis por dirigir as práticas terapêuticas aos/às usuários/as. As entrevistas foram feitas a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado, com perguntas norteadoras, mas aberto aos questionamentos que foram surgindo durante a entrevista, com a intenção de produzir uma reflexão mútua entre pesquisadoras e participantes sobre a temática abarcada. As profissionais entrevistadas foram encontradas por meio de indicação inicial dos gestores ou por indicação de outros profissionais previamente entrevistados. Dentro do CAPS Grão-Pará, foram entrevistadas quatro técnicas: uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e duas enfermeiras; no CAPS Marajoara, quatro assistentes sociais, duas psicólogas, um administrador, uma terapeuta ocupacional, três residentes e um voluntário; no CAPS Amazônia, uma auxiliar de saúde, um técnico administrativo, duas assistentes sociais, duas psicólogas e uma nutricionista; no CAPS Icoaraci, duas terapeutas ocupacionais, três psicólogas, três enfermeiras, um educador físico e uma assistente social; e no CAPS Renascer três psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, uma enfermeira e uma assistente



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

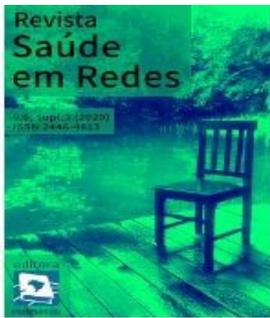
social. Na análise de dados, foi realizado um levantamento de dados inicial para o posterior mapeamento das Práticas Integrativas e Complementares realizadas nos CAPS estaduais de Belém do Pará, bem como pensar em quais e como as PIC estavam sendo realizadas e percebidas pelos profissionais que as efetuam dentro dos Centros de Atenção Psicossocial. A partir da observação e das entrevistas realizadas com profissionais atuantes nos CAPS pesquisados, identificou-se que todos os profissionais entrevistados realizavam alguma prática terapêutica no seu cotidiano de trabalho, sendo elas consideradas PIC ou não. Foi observada uma diversidade de práticas entre os centros, como a Musicoterapia, Técnicas de Relaxamento, Grupos Expressivos, Grupo de Poesias e Sonhos, Yoga, Terapia Comunitária Integrativa, Técnica de Redução de Estresse, Grupo de Música, Grupo de Artes e Terapia, Grupo de Teatro, Leitura Dramatizada, Barra de Access, Capoterapia, Grupo Cultural (dança e teatro), Clube da Música, Dança Circular, Grupo de Poesia, Música e Oficina de Teatro. Assim, dentre as atividades realizadas, apenas quatro são reconhecidas como PIC pela Política Nacional de Práticas Alternativas e Complementares (SUS): Musicoterapia (no CAPS Grão Pará), Yoga (nos CAPS Marajoara e Renascer), Terapia Comunitária Integrativa (no CAPS Marajoara) e Dança Circular (no CAPS Renascer). Mesmo assim, nenhuma das práticas encontradas estava sendo lançada no sistema de registro como tal, dessa forma, é identificado como deficitário o controle pelo SUS e seu repasse de verba pelo Ministério da Saúde, montante que colabora para a continuidade dessas atividades. Tal déficit tende a afetar o contingente populacional que tem acesso a essas práticas visto que elas trazem benefícios como alívio de estresse, ansiedade, incentivam o bem-estar e a autonomia do sujeito; além de limitar a contratação de funcionários qualificados nessas atividades contra hegemônicas, bem como na compra de materiais e a capacitação contínua desses profissionais. Entretanto, foi percebido que em dois dos cinco Centros de Atenção Psicossocial não estavam presentes PIC segundo o Sistema Único de Saúde, mas havia diversas práticas, também apresentadas como terapêuticas. Essa diversidade de práticas também foi encontrada mesmo nos CAPS que possuem PIC oficializadas pelo SUS. Dentre as práticas integrativas realizadas nos CAPS, independentemente de serem ou não reconhecidas pela PNPIC, é ressaltada pelas técnicas do serviço a eficácia terapêutica que cada uma exerce em seus praticantes. Isso se dá devido as PIC terem em seu modo de trabalho a centralização do cuidado no indivíduo e no contexto por ele vivido. Dessa forma, é levantado o questionamento sobre o porquê de muitas destas práticas não serem inseridas na Política Nacional. Qual o método de seleção que define quais práticas terapêuticas são “integrativas e complementares”? Como se dá repasse de verbas se há deficiência no sistema de registro? Como essas práticas podem cumprir seu objetivo de redução de agravos, cuidado e promoção de saúde sem o incentivo governamental adequado? Seguindo essa lógica, as PIC representam uma forma primordial de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, por conter formas terapêuticas de estabelecer o contato dialético entre participantes e mediador, dessa forma, devem ser reconhecidas como tal. Elas se estabelecem como formas de revisitar o cuidado em saúde, incentivando o protagonismo ativo do sujeito inserido nessas práticas – atualmente deixado em segundo plano pela lógica biomédica –, ou seja, uma dinâmica alternativa ao sistema dominante. Diante do exposto, é possível concluir que



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

há uma incipiente implementação e utilização das Práticas Integrativas e Complementares dentro da rede de atenção psicossocial no município de Belém. Entretanto, ainda há muito o que caminhar na sistematização destas práticas ditas como alternativas, para que possa ocorrer devidamente seu desenvolvimento e sua efetivação dentro do nosso Sistema Único de Saúde.



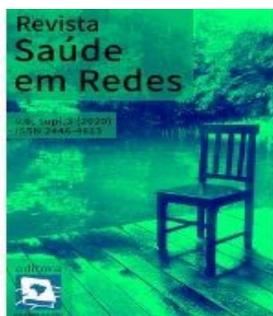
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9735

### GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA E SUAS REPERCUSSÕES NO BINÔMIO MÃE E FETO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** Melissa Barbosa Martins, Viviane Albuquerque Farias, Elielson Paiva Sousa, Tarciane Anatacha Monte, Alberth Alex da Silva Lima, Debora Talitha Nery

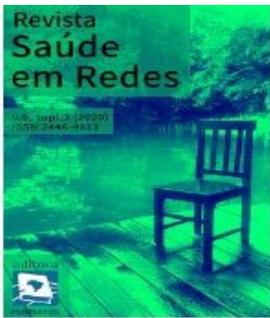
**Apresentação:** O risco do binômio mãe e feto configura um diagnóstico de enfermagem cuja classe pertence à reprodução e o domínio à sexualidade. Trata-se da vulnerabilidade que o feto e a mãe possuem de terem seu vínculo vital rompido em consequência de multifatores que comprometem a saúde materna e posteriormente a fetal. Fatores que, quando diagnosticados precocemente durante o pré-natal favorecem um bom prognóstico aos envolvidos. Contudo, vislumbra-se aqui uma situação merecedora de uma análise estrutural, haja vista que uma gravidez não planejada é um potencializador de fatores de riscos para uma gestação. Além disso, a gravidez interfere no meio biopsicossocial da mulher e concomitantemente na adesão ao pré-natal, mecanismo identificador de doenças maternas como a hipertensão gestacional, eclâmpsia, diabetes, infecções e outras condições de agravos). Este trabalho teve por objetivo relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Enfermagem sobre como uma gravidez não desejada pode dificultar a adesão ao pré-natal e ao tratamento de intercorrências durante a gestação. **Desenvolvimento:** Foi realizada durante a aula prática da atividade curricular enfermagem em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, com supervisão e orientação da docente, em um hospital de referência em ginecologia e obstetrícia em Belém do Pará, em setembro de 2018. **Histórico de enfermagem:** Gestante, 30 anos, casada, professora, procedente de Belém-Pa. Admitida com queixas de perda de líquido por via vaginal e dor pélvica. **Impressão Diagnóstica:** Roprema e Diabetes gestacional. Fazia uso de métodos contraceptivos com finalidade de tratamento para SOP (Síndrome dos ovários policísticos). Porém, refere aborto espontâneo aos 23 anos. Gestação atual, DUM:03/02/18; IG: 32 semanas e 5 dias com data provável de parto no dia 31/10/18. Realizou pré-natal com apenas 2 consultas (médica e enfermagem), carteira de vacina incompleta. **Exame físico:** Consciente, orientada, agitada, deambulando sem auxílio. Sem queixas atuais relacionadas à patologia. **Sinais vitais:** PA: 120/70 mmHg; R: 18 rpm; FC: 70 Bpm; T: 36,8 °C. Tórax anterior plano e simétrico, mamas simétricas, ausência de colostro (SIC), presença de poucos tubérculos de Montgomery na mama direita, presença de aréola secundária e mamilos semi-protusos. **MMSS:** simétricos, tônus muscular preservado, porém com presença de edema (+/++++) em MMII. Refere dificuldades para dormir e aceitação à dieta oferecida. Refere eliminações prejudicadas por polaciúria e evacuação preservada. Durante a coleta de dados foram configurados os seguintes Diagnóstico de enfermagem: distúrbio no padrão de sono relacionado a barreira ambiental evidenciado por insatisfação com o sono; ansiedade relacionada ameaça a condição atual evidenciada pela insatisfação com sono; risco do binômio mãe-feto perturbado com condições associadas à complicação da gestação. Em seguida, foram implementadas as respectivas Intervenções de enfermagem: proporcionar ambiente tranquilo e confortável para melhora do sono e repouso, explicar a importância do sono adequado durante a gravidez, realizar e registrar controle glicêmico,



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

auscultar BCF, preparação para o nascimento e promoção da integridade familiar. Orientada sobre seu quadro atual. Foi solicitado apoio à equipe de psicologia e visita técnica da equipe atual de manutenção. Durante a coleta de dados foi evidenciado o descontentamento da usuária com a gravidez uma vez que esta seria fruto de um descuido durante uma troca de anticoncepcional. Outrora, apresentava desinteresse em relação às consultas anteriores do pré-natal o que eventualmente poderia justificar as faltas. Além de manter ainda hábitos alimentares inapropriados e recebendo o diagnóstico de diabetes apenas na atenção terciária. Em contrapartida, seus questionamentos frequentes sobre a data do parto em detrimento da saúde do feto corrobora o descontentamento com a atual situação. Resultado: Ficou evidenciado que o enfermeiro exerce importante papel seja como educador, através de práticas que possam de certa forma instruir as grávidas e esclarecer suas dúvidas, como a montagem e elaboração de estratégias que visem a diminuição no índice de abandono por parte da grávida durante seu pré-natal, promovendo e estimulando a autonomia e independência através do empoderamento sobre os temas em saúde. Além disso, é necessário o esclarecimento e a importância das consultas de enfermagem a população, para sensibiliza-los que a demora em tais consultas se torna necessário para a prevenção e identificação de riscos e agravos para a saúde. Logo, ressalta-se a importância da atenção básica, ao qual é a principal porta de entrada das gestantes, fazendo acompanhamento buscando prevenção e tratamento precoce, todavia, quando não há acompanhamento integral, surgem complicações que afetam não só o biológico e o psicológico, fazendo com que esta gestante passe diretamente a outros níveis de atenção. A experiência fez-se na coligação da tríade: alunos, parceiros e instituição, onde demonstrou-se o trabalho multiprofissional desenvolvido com planos e métodos de cuidados intensos na busca da melhor eficácia no tratamento, ampliando a atuação da SAE e destacando sua importância. Considerações finais: A gravidez interfere diretamente no meio biopsicossocial no qual a mulher está inserida, logo o não planejamento gestacional agrava ainda mais os desdobramentos da gravidez. Porém, o pré-natal atua como válvula de escape ao pôr em prática o acolhimento efetivo, promovendo uma assistência holística e centrada no paciente, com objetivo de evidenciar os principais agravantes de saúde como o diabetes e ainda estipular estratégias para solucioná-los. A experiência serviu de base para edificação profissional dos acadêmicos envolvidos ao evidenciar a importância da assistência humanizada e efetiva. Além de ofertar à comunidade acadêmica oportunidade para debater a atuação do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde no que tange aos riscos do binômio mãe e feto perturbado em uma gestação não planejada.



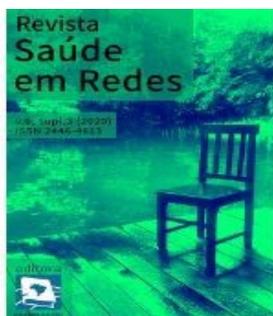
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9736

### OS DESAFIOS DE ESTAR NUTRICIONISTA NA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE NUTRICIONISTAS RESIDENTES DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E BAIXADA FLUMINENSE

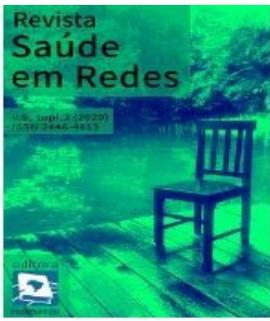
Autores: Esther Beatrice da Silva Joaquim Pereira, Mariana Espíndola Robin, Camila Santos Robles, Bruna de Lima Ferreira, Debora Silva do Nascimento Lima

Apresentação: Os desafios relacionados a alimentação e nutrição vêm desde o período anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando o acesso a saúde era atrelado ao vínculo empregatício formal e condições de renda que permitissem o pagamento pelo atendimento. As questões relacionadas a alimentação se expressão com maior intensidade a partir dos anos 30, quando a fome é tratada como uma questão social, contribuindo para o processo de desigualdade. A partir dos anos 90 através de políticas públicas, Conferências e dos Conselhos de Segurança Alimentar, ampliou-se a discussão sobre as inequidades e a relação dos determinantes social em saúde (DSS) com a falta de alimentos. Surgiram, então, programas de combate à fome, transferência de renda, e atuação multiprofissional. Hoje a nutricionista se insere na Estratégia Saúde da Família (ESF) através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e enfrenta como desafios questões de âmbito governamental, falta de estrutura e verbas para o cuidado integral à saúde. Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência de nutricionistas residentes em saúde da família em territórios violentados pelo Estado desde a falta de saneamento básico, violência policial, violência estrutural, racismo, dificuldade de acesso físico a unidade de saúde e equipamentos da rede, assim como insegurança alimentar no que tange o acesso à alimentos de qualidade e em quantidade suficientes. Entendendo o ambiente alimentar, segundo autores, como o contexto físico, econômico, político e sociocultural em que os consumidores interagem com o sistema alimentar para tomar suas decisões sobre a aquisição, preparação e consumo de alimentos, e que por sua vez influenciam o estado nutricional das pessoas, ser nutricionista em territórios negligenciados pelo Estado se torna fundamental repensar as estratégias de acolhimento e linhas de cuidado para atender as necessidades de saúde das usuárias e usuários assistidos. Entendendo, portanto, que tanto a fome como a obesidade são consequências coletivas e sociais dos ambientes alimentares no cenário microambiental e macroambiental. Nessa perspectiva, se faz necessário o trabalho multiprofissional como uma forma de galgar formas de cuidado integralmente. É esperado que atuação da nutricionista no Nasf seja focada na promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos mais prevalentes das usuárias e usuários cadastrados em cada área, junto com os demais profissionais de saúde a fim de aumentar e qualificar seu diagnóstico sobre a situação alimentar e nutricional da população adscrita. No entanto, não se pode negligenciar o acesso ao alimento. Considerando as comunidades da zona Norte do município e da Baixada Fluminense, que são as que atualmente contemplam a residência multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública, enquanto uma parcela da população encontra-se expressivamente em um ambiente obesogênico, outra está em situação de pobreza extrema tangente à fome. Observando esse cenário, é possível verificar na prática diária da residência



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

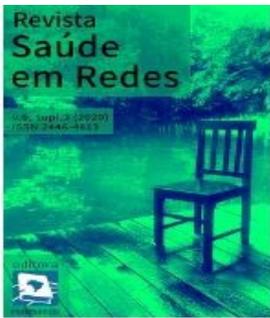
a expressão da transição nutricional explorada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) na última década. Nesse sentido, como pensar no cuidado em saúde, na prevenção acerca das doenças e agravos se para muitas usuárias e usuários não há o mínimo: a comida. Neste contexto, destacamos a violência da fome. Por outro lado, o trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS) nos moldes de saúde da família possui outros atravessamentos importantes que devem ser salientados. Tendo em vista que além de atendimentos compartilhados, atividades coletivas, articulação com os equipamentos do território, são previstas como atividades pertinentes à nutricionista as visitas domiciliares que muitas vezes são impossibilitados em virtude da violência armada expressivamente presente em todo o território do Rio de Janeiro, sobretudo nas regiões periféricas e nas favelas. Dessa forma, grupos e consultas, também, são esvaziados pelos confrontos nas comunidades, inviabilizando um cuidado integral à saúde. Nesse contexto, destacamos a violência armada do Estado. A dinamicidade do território em que se desenvolve as ações em saúde dita os caminhos a serem percorridos, seja em virtude de conflitos armados, como também da própria lógica de organização de dada comunidade e forma como esses compreendem o que é o cuidado, o que autocuidado e a leitura que fazem da própria vida. Outro obstáculo somado ao contexto violento, trata-se da disponibilidade da classe trabalhadora em acessar o serviço de saúde. Ainda que haja a cobertura de área desse serviço, a trabalhadora ou o trabalhador não o acessa, nota-se que há incompatibilidade, pois os mesmos passam a maior parte do seus dias entre a rotina de trabalho e a utilização do transporte público. Estas oscilações nos convidam a repensar nossas práticas diariamente para que faça sentido na amplitude do trabalho. Torna-se interessante perceber, nesse contexto, que a formação hegemônica da nutricionista não considera, na prática, os múltiplos fatores que influenciam nas escolhas, quando há escolha, alimentares e que certamente influencia o estado geral de saúde de um indivíduo ou coletividade. Acontece que a nutricionista pode desenvolver um papel fundamental em articular diversas áreas que integram o cuidado em saúde, já que a partir da comida é possível expandir para qualquer área de discussão a fim de estruturar estratégias de intervenção e planejamento em saúde. Na ESF é esperado, também que a nutricionista desenvolva junto a equipe mínima a função de matriciadora, um apoio especializado integrando a atenção em saúde, de forma que a APS seja capaz de ter maior resolutividade, eficácia e eficiência no que se refere as demandas em saúde de dada população. E retornando a temática do ambiente alimentar que tem expressado, de forma latente, a luz da discussão no escopo da saúde pública, mais uma vez é essencial destacar a importância da nutricionista compondo esta equipe multiprofissional que pretende trabalhar na ponta, isto é, diretamente com a população em seu território. Nesse sentido, a ênfase em uma equipe multiprofissional é dada em virtude de compreender a complexidade de que um indivíduo necessita de abordagem de diversos trabalhadores extrapolando os saberes do núcleo profissional, possibilitando atender as demandas postas. No entanto, é necessário salientar que entender a comida como ingrediente básico na receita do cuidado ainda não é explorado como poderia ser, inclusive nos espaços de formação em serviço, como a residência. Cabe destacar, também, que embora as discussões acerca da saúde sejam fundamentais, é importante não individualizar questões, tendo em vista que uma importante parcela das



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

intervenções deve partir do Estado com investimento na saúde, pública, universal, de qualidade e equânime, respeitando as especificidades de cada área, bem como valorização de todos os trabalhadores da saúde.



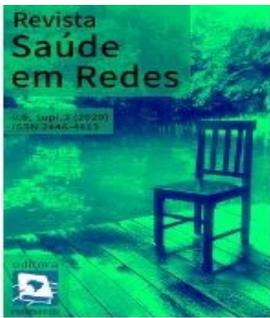
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9737

### ENVELHECER SAUDÁVEL: ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Autores: Tayana DE SOUSA Neves, Adjanny Estela Santos de Souza, Yara Macambira Santana Lima, Rafaela Martins Dourado Gonçalves, Helen Soares de Lima

**Apresentação:** O envelhecimento fisiológico é um processo natural que o ser humano é suscetível percorrer em sua existência. Ao longo desse percurso ocorrem modificações no organismo que associadas ou não a doenças crônicas não transmissíveis tornam frágeis a vida da pessoa idosa, sendo necessário cuidado e ajustes na alimentação e atividade física para melhor qualidade de vida. O objetivo do trabalho foi proporcionar atenção interprofissional à saúde do idoso. **Desenvolvimento:** o projeto ocorreu no dia 06 de novembro, 29 de novembro e 06 de dezembro de 2019 conforme os horários do público de idosos que frequentavam o projeto de hidroginástica fornecido pela prefeitura de Santarém Pará. A ação foi realizada nas dependências da Universidade do Estado do Pará- Campus XII e baseou-se no objetivo do programa Pet-Saúde Interprofissionalidade de elaborar ações concretas com profissionais de diferentes áreas a fim de atender o paciente de forma holística. A programação estabeleceu-se em etapas favorecendo o desempenho das atividades, no primeiro momento aconteceu uma atividade de educação em saúde acerca de hábitos alimentares e seus riscos e benefícios, no segundo momento fez-se uma anamnese como aquisição de informações básicas, de saúde e de hábitos do cotidiano (idade, sexo, hábito de fumar e beber álcool, ingestão diária de copos de água, casos de infarto, casos de hipertensão e diabetes na família e no paciente entrevistado, uso de medicamentos diários e se frequenta atividades físicas regulares), no terceiro momento aferiu-se a pressão arterial e realizou-se teste rápido de glicemia, no quarto momento verificou-se medidas antropométricas e no quinto momento foi realizado atendimento interprofissional (acadêmicos de educação física, fisioterapia, enfermagem e medicina com supervisão de preceptores e tutores do PET-Saúde/Interprofissionalidade). **Resultado:** Obteve-se um resultado satisfatório com todos os grupos de idosos e, essa evidência foi possível ser avaliada no final com os diversos acadêmicos orientando os possíveis achados durante as etapas desde alterações da pressão, glicemia, índice de massa corporal, como também dos hábitos alimentares e atividades físicas que quando equivocados eram os principais responsáveis pelas alterações encontradas. **Considerações finais:** Projetos que visam o bem-estar do cidadão independente da faixa etária, são de extrema relevância pois fortalecem a função dos profissionais de saúde que, acima de tudo, são educadores. A ação abordou um público participativo, no qual, absorveram ao máximo as informações como também indagaram acerca de suas dúvidas quanto a temática abordada.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

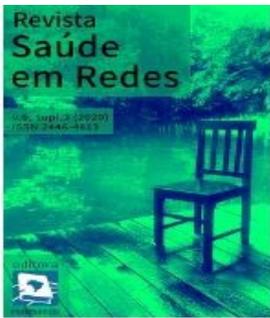
Trabalho nº 9738

### A MONITORIA COMO INSTRUMENTO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE MONITORES DO INTERIOR DO AMAZONAS

Autores: Mariana Paula da Silva, Stefany Alencar de Oliveira, Paula Andreza Viana Lima, Jayne de Souza Dantas, Tatiana Caroline Lima Lobato, Josiane Montanho Mariño, Natalie Kesle Costa Tavares

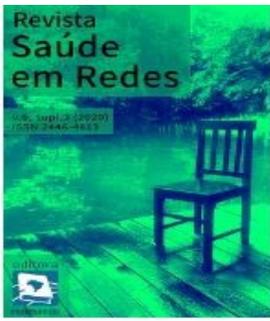
**Apresentação:** A monitoria da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) é regulamentado pela resolução nº 006/2013 e consiste em um programa estabelecido pelas instituições de ensino superior, no qual, os alunos que estão vinculados a mesma, com coeficiente de rendimento igual ou superior a cinco e que já estudaram e obtiveram a aprovação com média igual ou superior a sete em determinada disciplina, auxiliam o professor nas aulas durante o período letivo, organizando programações e elaborações de aulas, avaliação e execuções de atividades. E tem como finalidade aproximar o estudante da pratica da docência, melhorando assim o ensino e aprendizado dentro da graduação, fazendo com que o mesmo aprimore seus conhecimentos, obtendo uma maior compreensão em relação aos conteúdos estudados, desse modo, se tornando uma pessoa mais comunicativa. Dentro desse programa o monitor é encarregado de algumas funções, como: Cumprir pontualmente os horários de monitoria estabelecido entre os monitores e estudantes; Cumprir doze horas semanais de atividades, zelar pela conservação dos materiais e equipamentos utilizados nas práticas laboratoriais, atender os alunos da disciplina auxiliando-os em resolução de trabalhos e exercícios, participar das aulas ministradas quando solicitado pelo professor, executar atividades pedagógica sob a orientação do professor orientador, auxiliar o professor no preparo e na realização de trabalhos teóricos e práticos, entre outros. O presente estudo tem como objetivo descrever através de um relato de experiência as vivências de discentes de enfermagem como monitoras da disciplina de Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Mulher I, ministrada durante o curso de Enfermagem no interior do Amazonas.

**Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência acerca das vivências das acadêmicas de enfermagem inserida no programa de monitoria do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas, localizado no município de Coari, interior do Amazonas, com distância de aproximadamente 363 km da cidade de Manaus capital do estado, onde atuaram como monitoras da disciplina obrigatória de Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Mulher I, que foi realizado no primeiro semestre de 2019, com vinte e seis alunos regularmente matriculados na turma do sétimo período do curso de enfermagem. A monitoria ocorria três vezes na semana, sendo todas as segundas, quartas e sextas, em horários pré-determinados, com duração de 4 horas, na qual eram realizadas atividades teóricas e práticas, utilizando métodos didáticos e lúdicos como brincadeiras e bonecos e simuladores para ensinar e orientar os alunos da disciplina, sobre técnicas e procedimentos como: manobra de Leopold, exame clínico das mamas, técnica de autoexame da mama e exame preventivo do câncer de colo do útero, que também é conhecido como citologia oncológica ou Papanicolau. Ainda durante a monitoria foram



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

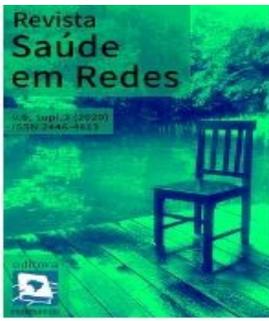
abordados diversas outras temáticas voltadas a saúde da mulher, dentre as quais podemos citar: planejamento familiar, mecanismos do parto, cálculo da idade gestacional, data provável do parto, entre outros. Resultado: A monitoria foi realizada sob a orientação e supervisão de uma professora responsável pela disciplina, em dias e horários regulares, sendo executada dentro e fora do laboratório, no qual, mostrou-se como um excelente instrumento de ensino-aprendizado para os participantes, tornando-se essencial para construção do saber, uma vez, que permitiu o aprimoramento e a troca de conhecimento entre os monitores e os discentes que não se opuseram ao uso de diferentes metodologias adotadas em sala de aula e no laboratório. As monitoras foram incumbidas de realizar vários trabalhos, nas quais podemos citar: preparar os materiais e organizar o laboratório de saúde da mulher antes e depois das práticas, criação de roteiro/cronograma para as aulas, acompanhamento do desenvolvimento da disciplina, participação na aplicação de provas e exercícios, frequentar a sala de aula com o professor afim de ajudar o mesmo quando necessário, elaborar exercícios complementares de acordo com o conteúdo ministrado pela docente, orientar e auxiliar os estudantes nas atividades práticas, e por fim, esclarecer de forma simples mas utilizando linguagem técnica as dúvidas e dificuldades encontradas na disciplina. Com o decorrer das atividades, os monitores sentiram-se cada vez mais autoconfiantes para conduzir as monitorias, como também, buscaram metodologias que pudessem atrair os alunos e suprir a escassez de materiais necessários para a prática laboratorial, possibilitando a oportunidade de aperfeiçoamento, visando as futuras prática hospitalares. Os monitores obtiveram uma boa aceitação pelos discentes, facilitando a interação com os mesmos e tornando a experiência muito mais gratificante. Ao longo da monitoria observamos o desenvolvimento das habilidades dos acadêmicos na realização dos procedimentos, da mesma forma, os monitores notaram que os alunos se tornaram, mais participativos, independentes, confiantes, criteriosos e autônomos, associando a teoria explanada pelo professor em sala de aula com as práticas laboratoriais. No decurso, ficou evidente que essa modalidade de ensino/aprendizagem é capaz de criar um elo entre professor, aluno e monitor dentro da instituição, onde o monitor ajuda e auxilia o docente durante o período letivo e traz ao monitorados a chance de retirar dúvidas de prova, trabalhos e estudos dirigidos, também oportuniza praticar procedimentos em bonecos e simuladores existentes no laboratório. Fazendo com que o monitor aprofunde seus conhecimentos em uma área específica, tendo um certo ganho intelectual e adquira experiências para vida acadêmica e profissional. Mesmo em meio as inúmeras dificuldades enfrentadas pelas monitoras, dentre estas, conciliar os horários da monitoria com os horários das disciplinas obrigatórias do semestre, é notório a importância da existência da monitoria dentro das universidades, pois é um instrumento de ensino muito relevante, uma vez que, ajuda no desenvolvimento das relações interpessoais, auxilia a esclarecer dúvidas e também é um excelente mecanismo de troca de conhecimento entre monitores e discentes. Considerações finais: Portanto, a experiência adquirida durante a monitoria possibilitou um maior conhecimento acerca dos assuntos da disciplina, além de oportunizar a experiência com a docência enquanto graduandos de enfermagem, propiciando revisão de conteúdos de grande importância para a vida acadêmica e profissional, além disso, nos ajudou a desenvolver aptidão de ensino, bem como, noções de planejamento de aula,



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

elaboração de atividades e cronogramas. Além disso, garante o diálogo direto com os alunos o que contribui para a formação de uma linguagem complexa e técnica que poderá fazer diferença na atuação profissional de cada discente.



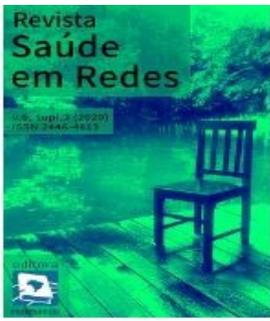
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9739

### A IMPORTÂNCIA DO HORÁRIO ESTENDIDO NO ATENDIMENTO DA SAÚDE DO HOMEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores: Patricia Ribeiro da Silva Maia Teixeira, Mirian da Silva Cunha, Alba Valéria de Souza Wandermur

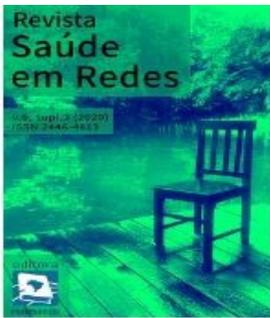
**Apresentação:** Este trabalho trata-se do relato de experiência ocorrida em um módulo do Programa Médico de Família de Niterói, em 30 de novembro de 2019. Tem como objetivo mostrar a relevância dos atendimentos no horário estendido, em especial para a saúde da população masculina cadastrada. Existe uma dificuldade de captação do usuário trabalhador para o seu cuidado, vinculado às ações da Atenção Básica. A possibilidade do comprometimento das suas relações trabalhistas, o medo de não ser bem visto no local de trabalho e o risco de ser advertido são fatores relevantes nessa situação. A oportunização de eventos voltados para a educação em saúde e assistência fora do horário convencional permite a sua chegada à unidade básica de saúde. Neste sábado foi realizado o “Novembro Azul” em nossa unidade, com abertura local às 08:00h e encerramento às 17:00h. Realizamos medidas antropométricas, verificação da pressão arterial, glicemia capilar, avaliação da situação vacinal, testes rápidos e consultas médica e de enfermagem direcionados a essa população. Além disso tivemos atividades de educação em saúde, ferramenta de tecnologia leve, integrante da atenção primária, imprescindível na prevenção de doenças e promoção à saúde, com salas de espera realizadas pelos diversos profissionais envolvidos (agentes comunitários de saúde (ACS), técnico de enfermagem, médico e enfermeiro) abordando a prevenção e detecção precoce do câncer de próstata e de Infecções Sexualmente Transmissíveis, além de hábitos saudáveis de vida, através de diferentes dinâmicas. **Método:** Inicialmente foram feitos levantamentos na nossa base de cadastro para identificar os usuários masculinos com idade maior ou igual a 40 anos – totalizando 383 homens. Dentre eles separamos aqueles que não tiveram contato com a unidade de saúde nos últimos doze meses (190 homens), apesar das buscas domiciliares feitas pelos ACS e abordagens dos familiares acessíveis feitas pela equipe. Ocorreu ampla divulgação do evento na comunidade e convites específicos para esses usuários de difícil captação foram deixados nos seus domicílios. A equipe ofertou durante todo o período de funcionamento as atividades citadas e a abertura de agendamento para o atendimento na unidade nas semanas subsequentes. **Resultado:** Compareceram 31 homens (8,09% do total da população masculina desta faixa etária). Destes, 19 indivíduos (61,29% dos que compareceram) não estavam sendo acompanhados nos últimos 12 meses, sendo eles três com o último atendimento em 2016 (15,79%), seis em 2017 (31,58%) e dez em 2018 (52,63%). Todos apontaram como dificuldade comum o horário de atendimento do módulo ocorrer simultâneo ao horário do trabalho. A declaração de comparecimento muitas vezes não é aceita ou é mal vista pelo empregador. Nos trinta e um usuários foi feita a antropometria, aferida a pressão arterial e glicemia capilar, além de atualização vacinal. Vinte e três usuários tiveram consulta médica, 25 realizaram testes rápidos e 16 foram vacinados. Detectamos um usuário portador de HIV sem contato com a unidade de saúde desde 2017. **Considerações finais:** A utilização do



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

horário diferenciado, não comercial, facilita a captação e acompanhamento do usuário pela unidade de saúde, permitindo sua interação com a equipe, construção de vínculo e sensibilização para seu cuidado



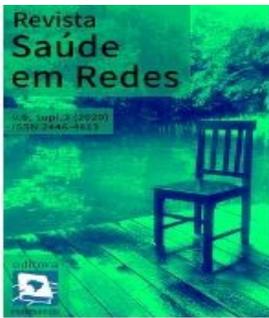
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9740

### OFICINA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ELABORAÇÃO DE BOLETINS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Autores: Marcela Bella Lopes, Benedito Carlos Cordeiro

Apresentação: Trata-se de uma atividade desenvolvida utilizando a estratégia de educação permanente cujo objetivo foi aplicar uma proposta educacional como prática capaz de melhorar a qualidade no desenvolvimento de boletins informativos de vigilância em saúde (VS) com os quinze municípios sob a jurisdição da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Leopoldina, Minas Gerais (MG) no ano de 2019. Pelo fato de coordenar a VS estadual desenvolvo práticas capazes de fortalecer o processo de descentralização das ações de vigilância. A iniciativa teve a orientação do segundo autor para que juntos fôssemos capaz de qualificar a elaboração dos boletins informativos que faziam parte do rol de indicadores estaduais do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde (Promavs). Os participantes dessa oficina foram os coordenadores municipais de VS, coordenador de VS e as referências técnicas de programas pertencentes vigilância epidemiológica e sanitária estadual, num total de 23 pessoas. Desde 2018, já estavam sendo elaborados quadrimestralmente boletins com apoio de manual teórico, sendo que a confecção dos mesmos, em alguns municípios, não permitia atingir uma avaliação satisfatória e em outros municípios não se compreendia a proposta do indicador. No terceiro trimestre de 2018, tivemos o seguinte resultado quanto a elaboração do material: sete municípios foram avaliados com nota acima de 9, quatro com desempenho entre 7 e 9 e quatro com avaliação abaixo de 7, sendo o último insatisfatório. A oficina definida contou com a participação dos 15 municípios. Forma divididos em três grupos de 5 municípios, cada qual com dois mediadores estaduais. Cada um dos coordenadores envolvidos trazia em mãos o último informativo avaliado 6 meses antes. Organizamos três momentos distintos, sendo que no primeiro foi realizado um rodízio dos boletins para compartilhar ideias e trocar experiências. No segundo tempo, os apoiadores foram fazendo intervenções orientando como selecionar o melhor tema, focando na realidade territorial com um olhar diferenciado do profissional de saúde. Na terceira e última fase, cada grupo teve um tempo para expor os pontos positivos da troca de experiência e a aprendizagem que estavam levando para aplicar in locu. Ao final do semestre, foram avaliados os boletins, sendo que obtivemos os seguintes Resultado: treze municípios com avaliação acima de 9 pontos, um com desempenho entre 7 a 9 pontos e somente um com avaliação abaixo de 7 pontos. Diante da estratégia desenvolvida foi possível constatar que a técnica adotada de educação permanente teve impacto maior do que orientações tradicionais utilizadas em períodos anteriores. A educação permanente pode ser utilizada como ferramenta de melhoria na dinâmica de trabalho no que se refere à divulgação de análise de problemas territoriais junto aos profissionais de saúde.



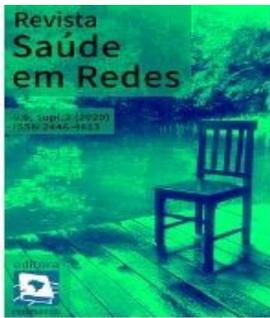
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9741

### IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA ÁGIL SCRUM NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

Autores: Gleina Oliveira Assis; Samantha Martins Alvez; Moisés Branco Santos

Apresentação: Agilidade, adaptação e inovação são tendências mundiais quando se refere a processos de trabalho. Nossas necessidades estão sendo revistas a cada dia e o mundo do trabalho se adaptando constantemente. No meio privado percebe-se que essa adaptação acontece com maior fluidez e rapidez. Quando se trata do serviço público, identificamos que a dinâmica muda bastante e que as práticas ágeis estão sendo pensadas e executadas de maneira ainda discreta. Para os que atuam no serviço público, trazer o mundo ágil para essa realidade torna-se um grande desafio, já que transformar e melhorar os processos de trabalho requer mudança de cultura, pensamento e comportamento das pessoas em relação ao trabalho. Descrição da experiência Nesse contexto apresentamos uma experiência com metodologia ágil, ainda em fase de implantação, no Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação (DICAR), da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) em Manaus, cujos efeitos positivos já podem ser sentidos internamente, no âmbito do Departamento e, tão logo comprovados pelo restante da Organização. No ano de 2019 uma reestruturação no Departamento deu início a uma nova equipe de trabalho no DICAR que, com um novo e efetivo olhar para a atenção básica na saúde, tem como um dos principais objetivos estruturar e entregar para gestores da Secretaria Dashboards que apresentem informações em saúde, com qualidade, auxiliando e subsidiando as tomadas de decisões. A Administração do DICAR abraçou o desafio de introduzir novas metodologias de trabalho, visando a qualidade dos nossos produtos e crescimento pessoal e profissional dos servidores. A primeira metodologia ágil que trabalhamos foi o Scrum, considerando seu baixo custo de execução, suas regras simples e sua adaptação. Essa estrutura se enquadrou perfeitamente à nossa nova realidade: trabalhar projetos de maneira rápida e inteligente com abertura a mudanças e ajustes. Apresentamos ao time do DICAR e implantamos a estrutura Scrum em nosso primeiro projeto, que já estava em andamento. Decidimos dessa forma para que, dentre outras coisas, verificássemos a aceitação dos técnicos e pudéssemos mostrar o quanto adaptável é o Scrum. Desde então o Scrum tem sido nossa ferramenta principal na condução de projetos no Departamento e já entregamos 5 (cinco) produtos para gestores da Secretaria. Impactos Consideramos que o Scrum, promove a organização e orientação das tarefas e auxilia os times de trabalho a agir com mais autonomia e assertividade. A informação compartilhada é outro benefício inegável, com as reuniões diárias, fazendo com o time se aproxime e troque o máximo de ideias para o sucesso do projeto que está sendo trabalhado. Temos ainda, no rito da Retrospectiva uma excelente oportunidade de melhorarmos nosso relacionamento interpessoal. Considerações finais O trabalho com metodologias ágeis é inovador na SEMSA. Demos, no DICAR, início a um “novo modo de fazer” na intenção de subsidiar a tomada de decisão por parte de nossos gestores sobre os novos rumos da saúde de Manaus e, com isso, acreditamos numa crescente de sucesso dos nossos projetos.



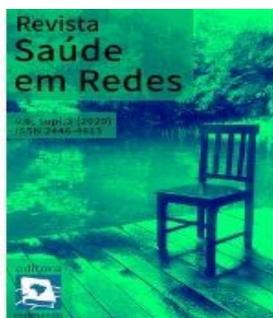
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9742

### O IMPACTO DO ENFERMEIRO LÍDER NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E NO CUIDADO EM SAÚDE - CUNA NIGHTINGALEANA SINE QUA NON

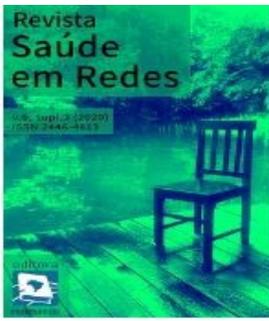
Autores: Franciele Marins Calazans, Rayane Loyse de M. Porto, Alice da Silva Rosalino, Wanderlane Sousa Lima

Apresentação: O ambiente é reflexo do cuidado. Ele é considerado um dos determinantes que afetam e/ou influenciam de forma direta a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Em um lugar onde o gerenciamento do cuidado é articulado em sua completude, certamente o ambiente será priorizado, pois ele tem a capacidade de intervir significativamente na saúde das pessoas. Conforme defendido por Florence Nightingale, uma vez que o ambiente deixa de ser terapêutico, poderá gerar riscos e agravos em menor ou maior escala a todos que estão inseridos naquele cenário, seja por curta ou longa duração, como por exemplo, comprometimento da recuperação do doente, estresse, incidentes etc. Já um ambiente terapêutico, trará benefícios na recuperação da saúde dos pacientes adoecidos, proporcionará um ambiente de trabalho agradável e resolutivo, reduzirá os indicadores de incidentes e os custos diretos e indiretos. Sendo assim, ao adentrar o serviço de saúde, esperar-se que o ambiente seja terapêutico, tendo por premissa o padrão nightingaleano, conhecimento essencial do enfermeiro, visando a contribuição positiva que este ocasiona ao bem-estar dos que nele estão e/ou por ele passam. Deste modo, o presente trabalho emerge de ações realizadas numa unidade de pronto atendimento público, situado no interior do Estado do Rio de Janeiro. As ações foram desenvolvidas no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, com pretensões de prosseguir durante todo o primeiro semestre do ano vigente. As ações ocorreram em decorrência da observação de ausência das origens nightingaleanas na atuação do enfermeiro e descumprimento da Norma Regulamentadora de número 32 (NR32), que versa sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, de suma importância na garantia da saúde do trabalhador, além do não cumprimento da portaria vigente 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e RDC 36/2013, o qual institui ações para Segurança do Paciente, adotando como escopo a atuação para os eventos associados à assistência à saúde. Mediante tal observância, foi desenvolvido trabalho aprimorado e paulatino com cerne nestes aspectos altamente relevantes no desempenho do trabalho gerenciado pelo enfermeiro. Objetivo: Demonstrar como o ambiente pode promover bem estar geral, tornando a assistência mais eficaz e melhorando a qualidade de trabalho da equipe e conseqüentemente a assistência prestada; promover organização nos setores, com ênfase nos documentos institucionais de uso diário na unidade; incentivar manutenção das mudanças instaladas na organização do trabalho; estimular postura de liderança por parte dos enfermeiros em relação a sua equipe e setor; gerar ambiente de menor risco aos trabalhadores de saúde da unidade; incentivar educação continuada; tornar o ambiente terapêutico. Desenvolvimento: O plano de trabalho foi constituído em duas etapas. Etapa I: estabelecer a organização dos formulários institucionais utilizados no dia a dia, os quais ficavam dispostos em gavetas nos setores, sendo estes manipulados muitas vezes no decorrer do plantão e por vários profissionais. Não



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

havia pastas, os formulários eram postos em envelopes improvisados, feitos com papel de grau cirúrgico, tendo suas bordas fechadas com fita crepe e identificação com caneta permanente, cada qual com uma caligrafia distinta. Então, cada setor recebeu uma cor e pastas plásticas com elásticos, devidamente identificadas pela capa. Desta forma, se a pasta de um setor fosse para outro, logo seria notado o equívoco e esta retornaria ao setor de origem. Foram três os setores que tiveram seus formulários organizados. A cada semana um deles recebeu a mudança. Etapa II: os coletores de materiais perfurocortantes (Descarpack®) dos setores, sem exceção, eram utilizados até que houvesse o transbordamento dos materiais descartados, podendo gerar graves acidentes de trabalho, pondo em risco a equipe de saúde e os trabalhadores que realizam a retirada e tratamento do material. Não foi notado qualquer preocupação em relação a esta conduta por parte dos enfermeiros dos setores, sequer avisos sobre tal afixados nas paredes da unidade. Deste modo, foi feita etiqueta com material adesivo fixado no próprio dispositivo, informando o descrito na NR32 sobre como proceder em relação ao uso do dispositivo, com ênfase ao limite de preenchimento deste material. Semanalmente houve a conferência dos coletores de material perfurocortante, a fim de averiguar o impacto do aviso. Resultado: Um ponto importante foi a ausência de questionamento dos enfermeiros do setor em relação ao processo de organização iniciado. O fato foi recebido sem estranheza e com posterior satisfação por haver facilitação em localizar os formulários com maior eficiência. Ainda cabe destaque, o fato de que houve desencorajamento na implementação de melhorias, em menor proporção, mas existiu. As gavetas se mantiveram organizadas ao longo das semanas e a agilidade dos profissionais em manusear as pastas tornou o processo de trabalho mais ágil e menos estressante. Em relação aos Descarpacks®, o depósito excessivo de materiais perfurocortantes reduziu após a fixação do aviso, apesar de não haver a observância à risca da norma regulamentadora. No entanto, há que se considerar o fato de que não houve diálogo com os profissionais, apenas um aviso exposto na caixa. Considerações finais: Tendo em vista a capacidade que o ambiente de saúde tem de afetar de forma positiva e negativa o bem-estar das pessoas que estão envolvidas naquele local, ressalta-se a importância da atuação do Enfermeiro no serviço de saúde com a prática da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale no gerenciamento do cuidado, associando a organização do ambiente ao encorajamento de sua equipe à preservação do mesmo. O profissional enfermeiro tem em sua formação, de forma singular, olhar diferenciado sobre a complexidade do cuidado, que compreende desde o contexto de inserção do ser humano, o desempenho de papéis que exerce na comunidade (família e/ou demais núcleos sociais) à sua complexidade psicobiológica; bem como a formação como líder de equipe profissional de enfermagem – gerência. Este nicho profissional, que se consolida cada vez mais como ciência, é o único que produz teorias de cuidado em saúde. Teorias essas, advindas empiricamente e através de muito estudo baseado em evidências, que em muito contribuem para a prestação do cuidado complexo, que é o objeto de trabalho desta profissão. Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de que haja na instituição, por parte da gestão, a capacitação regular, educação continuada e permanente da equipe de enfermagem, com a finalidade de tornar intrínseco nos profissionais de saúde a importância do ambiente no processo de cuidar.



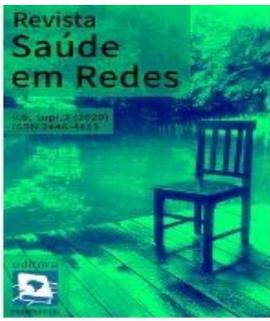
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9745

### CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DE MULHERES QUANTO AO EXAME DE RASTREIO EM UMA METRÓPOLE DA AMAZÔNIA, BELÉM – PARÁ.

Autores: Melissa Barbosa Martins, Viviane Albuquerque Farias, Elielson Paiva Sousa, Albertth Alex da Silva Lima, Dirce Nascimento Pinheiro

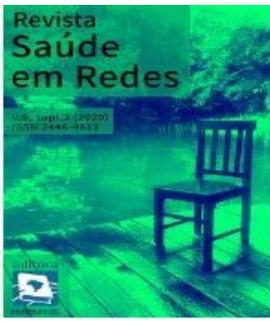
Apresentação: O exame citopatológico é a principal estratégia do sistema de rastreamento de mulheres assintomáticas para o PCCU com o objetivo de detectar precocemente as lesões de baixo e alto grau associadas ou não ao papilomavírus humano. Estima-se que aproximadamente 80% da mortalidade por câncer do colo de útero possa ser reduzida com programas de rastreamento e tratamento de lesões precursoras com alto potencial de malignidade e a mortalidade por câncer do colo de útero mostra tendência ascendente em municípios dos interiores das Regiões Norte e Nordeste do Brasil. Esta pesquisa teve como objetivo identificar a percepções de mulheres quando ao exame de rastreio ao câncer do colo de útero. Método: Estudo descritivo, de cunho qualitativo. A população de estudo é composta de mulheres com idade mínima de 18 anos. O projeto de pesquisa foi desenvolvido em conformidade com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará através do parecer nº 3.677.584. A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde do Município de Belém do Pará. A coleta de dados foi composta de um instrumento de entrevista, previamente validado ao qual foi aplicado às participantes do estudo de forma aleatória considerando como variáveis as questões identificadas como itens de inclusão, adesão e aceitação ao PCCU e as dificuldades na realização do exame citopatológico. Resultado: Quando falamos sobre os fatores de interferem a adesão dessas mulheres ao exame, os principais foram: vergonha, dor, medo, poucas fichas, demora na entrega dos resultados e dificuldade dos dias e horários. Quanto a demora na entrega dos resultados, tal fato traz consequências de que algumas mulheres não retornam para buscar os resultados, o que dificulta no rastreio do câncer de colo de útero e no tratamento e diagnóstico de outras patologias. A vergonha tem relação, principalmente em não saber quem é o profissional que está na realização do exame, e o medo por não ter informações de como é realizado o exame, outras relataram vergonha pela forma a qual foram tratadas pelo profissional ao qual realizou o exame. Considerações finais: Verificou-se que um dos maiores impedimentos para a realização do exame citopatológico é a falta de informação repassada à população juntamente com as dificuldades de atendimento da unidade. Além disto, muitas mulheres realizam o exame citopatológico de forma espontânea e oportunista porque ele fornece informações importantes para tratamento clínico de infecções genitais, todavia poucas procuram o exame como método principal para o diagnóstico inicial do câncer de colo uterino. Faz-se necessário que a gerência administrativa responsável pela instituição juntamente com a equipe de saúde, principalmente a equipe de enfermagem ao qual é responsável pelo Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, busquem soluções para a melhoria do atendimento, visto os problemas apresentados pelas usuárias permitindo um atendimento



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

mais individualizado e de qualidade, intervindo no problema e assim, alcançar um resultado satisfatório na saúde do cliente.



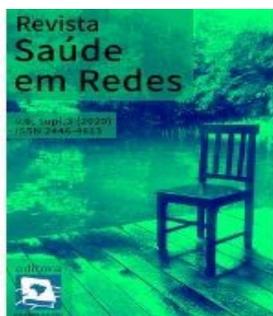
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9748

### TERRITÓRIO VIVO: UMA EXPERIÊNCIA TRANSCULTURAL NA ALDEIA SAHU-APÉ - AMAZONAS, BRASIL

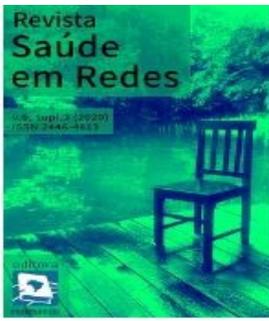
**Autores:** Mariana Paula da Silva, Priscilla Mendes Cordeiro, Paula Andreza Viana Lima, Tatiana Caroline Lima Lobato, Tainan Fabrício da Silva, Natalie Kesle Costa Tavares

**Apresentação:** A aldeia Sahu-Apé está situada na estrada AM-070 km 37 no município de Iranduba- AM, porém pertence ao polo base de Manacapuru-AM do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus (DSEI Manaus), possuindo o grupo étnico Sateré-Mawé. Sua terra indígena ainda não é reconhecida pela FUNAI, a organização da aldeia se deu há 26 anos, pois os Sateré-Mawé são provenientes do rio Andirá do município de Barreirinha-Am, no Baixo Amazonas. Os indígenas Sateré-Mawé habitavam o vasto território entre os rios Madeira e Tapajós, delimitado ao norte pelas ilhas Tupinambaranas, no rio Amazonas e ao sul pela cabeceira do rio Tapajós e tiveram seu primeiro contato com os brancos na época de atuação da Companhia de Jesus; quando os jesuítas fundaram a Missão de Tupinambarana, em 1669. Esta investigação tem como objetivo de relatar a experiência vivenciada de docentes e acadêmicos durante visita a aldeia indígena Sahu-Apé da etnia Sater-Mawé no Amazonas. **Desenvolvimento:** Trata-se de um relato de experiência da visita realizada a aldeia indígena Sahu-Apé da etnia Sateré-Mawé. A visita fez parte das atividades de “território vivo” do 13º Congresso Internacional da Rede Unida ocorrido em Manaus (AM) no ano de 2018, do qual participaram 40 pessoas na condição de congressistas. Dentre os congressistas, estavam presentes acadêmicos e docentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). **Resultado:** A visita a aldeia indígena propiciou experiências importantes aos participantes, pois foi possível conhecer e entender os costumes dos indígenas da etnia Sateré – Mawé. A comunidade possui 16 composições familiares que perfazem um total de 50 pessoas, suas moradias são de madeira ou alvenaria e algumas cobertas por palhas, dispõe de um centro comunitário onde as crianças aprendem a língua da própria etnia. A aldeia está localizada na região metropolitana de Manaus e com isso influencia na mudança do estilo de vida dessa população com introdução cada vez mais frequente de alimentos e bens industrializados assim como o consumo de álcool e drogas ilícitas. No entanto, os elementos principais da dieta desta etnia são farinha de mandioca, peixe, bananas, carnes de caça entre outros. Durante a visita, oportunizou-se aos participantes o consumo de um jacaré que foi assado pelos indígenas da aldeia e servidos aos visitantes. A principal forma de subsistência desta aldeia se baseia na caça, pesca, artesanato e turismo, apesar de algumas famílias estarem inserida nos programas de Transferência de renda do Governo Federal como Bolsa Família. Desta forma, foi possível perceber que a fabricação de artesanatos ainda é presente na vida social dos Sateré-Mawé, na confecção de paneiros, jamaxis, remos, canoas, colares e pulseiras de sementes e fibras de palmeiras; sendo comercializados na própria aldeia. As pinturas corporais também se fazem presentes nesta etnia e também são usadas como fonte de renda já que muitos turistas visitam o lugar. Nota-se, que estes indígenas fortalecem suas identidades étnicas e buscam alternativas econômicas para sua subsistência, demonstrando que apesar do contexto



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

urbano o vínculo identitário não é perdido. Pelo contrário, eles se organizam e criam novas formas de sociabilidades no espaço da cidade para reprodução física e cultural de suas origens de pertencimento indígena. Essa etnia indígena possui um ritual conhecido mundialmente pela forma como é feito e apresentado, trata-se do ritual da Tucandeira. Este momento de educação, saúde e também ciência foi apresentada aos visitantes. Esse ritual determina a alteridade do jovem Sateré-Mawé frente a sua própria família e as suas escolhas na comunidade como caçador, pescador, constituir família, pajé e proteção espiritual. Esta experiência foi sem igual, pois nos deparamos com um ritual rico culturalmente. As formigas Tucandeiras utilizadas no ritual possuem um ácido fórmico, que ao serem injetadas no organismo contribuem para a defesa endógena do indivíduo, aumentando a imunidade contra doenças. Após preparos, houve uma roda de dança onde indígenas e visitantes cantaram e dançaram juntos durante o ritual. Nesse ritual, as mulheres tem papel importante com o preparo do çapó e comidas a serem oferecidas aos convidados; além de entrarem na roda de danças e cantarem juntamente com os homens. A presença do pajé na aldeia demonstra autoridade e também hierarquia, pois contribui para o fortalecimento da identidade indígena e fortalecimento da cultura local. Nesse sentido, ele é o único responsável pelo preparo de remédios caseiros conhecidos como “Farmácia Viva” e pela realização de rituais. O lugar que ele utiliza para o preparo dos rémedios foi apresentado por ele aos visitantes. Os remédios produzido também são vendidos na aldeia como forma de contribuir para a renda local. Considerações finais: Percebemos o quanto é importante o contato com uma cultura diferente da nossa realidade cotidiana. A etnia indígena Sateré – Mawé contribuiu para o enriquecimento dos nossos conhecimentos e quebra paradigmas como de que são atrasados ou desprovidos de conhecimentos. Se deparar com uma cultura totalmente diferente nos faz refletir o quanto o nosso país é rico culturalmente. Observar eventos culturais como o Ritual da Tucandeira são importantes, o que evidencia o caráter dinâmico da cultura. Apesar do contato urbano, percebe-se uma luta de construção e reconstrução cultural, pois o Ritual da Tucandeira não significa apenas a passagem da infância a idade adulta como também agrega outros significados relacionados ao espetáculo apresentado aos turistas visando a obtenção de renda. Contudo, este contato propiciou também o amadurecimento pessoal, nos colocamos no lugar de cada indígena onde sabemos que seus direitos são atacados de forma direta e que hoje em dia não lutam apenas para sobreviver com água e comida, mas lutam para que suas tribos não sejam dizimadas. Vimos o quanto o trabalho desses indígenas é importante, pois mantém viva sua cultura. Os trabalhos braçais como a confecção de artesanatos e objetos para caça, saberes, crenças, mitos são respeitados como base da construção e apropriação de conhecimentos. A constante sobrevivência destes indígenas concerne em manter viva suas raízes e identidade cultural em um país dotado de preconceitos. A experiência vivenciada na atividade de “território vivo” contribuiu para reconstrução de ideais firmes que farão diferença nas atuações sociais e políticas. A sensibilização quanto a este tipo de temática se faz necessária, tendo em vista, que estas populações necessitam de atenção e valorização cultural. Nesse sentido, esse tipo de experiência valoriza o diálogo e oportuniza o conhecimento da cultura indígena, ou seja, um patrimônio intangível e de valor imensurável.



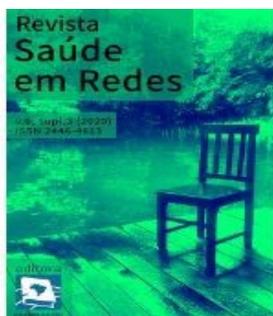
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9749

### CUIDADO PSICOSSOCIAL COM POVOS INDÍGENAS: INVESTIGAÇÃO DE UMA MORTE POR PAJÊAIP

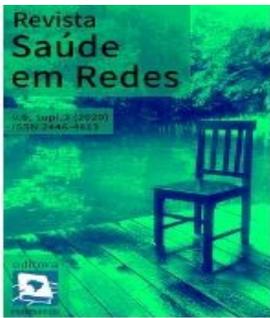
Autores: Aline Lorena da Silva Lima, Álvaro Pinto Palha Junior, Herbert Tadeu Pereira De Matos Junior, Pedro de Lemos MacDowell

Apresentação: A constituição de 1988 inaugura, na relação com o Estado brasileiro, bases legais de respeito à diversidade e garantia de usufruto dos territórios em que vivem e se deslocam os povos indígenas. Desde então se acumulam esforços para a regulamentação destes direitos e a garantia de sua execução. No que se refere à política pública de saúde, temos como principais marcos regulatórios a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI e a Lei 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI/SUS. Ambas estabelecem a necessidade de que as equipes de saúde, com suas práticas biomédicas ocidentais, dialoguem e atuem em conjunto com as tecnologias de cuidado em saúde dos povos junto aos quais trabalham. Fazer dialogar bases epistemológicas e práticas de cuidado advindos de contextos culturais tão distintos é ainda um desafio de difícil realização na atuação das equipes de saúde indígena em todo o país. É comum a ocorrência de situações-limite que desafiam as equipes e as comunidades a avaliarem suas tecnologias e as possibilidades de atuação conjunta em busca de caminhos possíveis para a garantia do cuidado. A reflexão que se propõe aqui trata de um exercício de diálogo sobre uma destas situações-limite, que emergiu durante trabalho de intervenção solicitado por lideranças de um povo indígena residente no Território Indígena do Xingu. Ali, os profissionais de saúde do SASI/SUS, se depararam com uma cena recente de óbito por enforcamento de um jovem da comunidade, e seus desdobramentos. Durante o trabalho de investigação do óbito, nos diversos relatos sobre os fatos que antecedem e explicam suas causas e motivações, familiares do jovem falecido e outros representantes de seu povo trouxeram um elemento explicativo de difícil tradução: Pajêaip. A grosso modo, compreende-se Pajêaip, palavra na língua kawaiwete (tronco Tupi), como uma designação para significar um tipo de morte onde “um pajé realizou trabalhos/feitiços para promover uma doença ou morte em outra(s) pessoa(s)”. Essa caracterização impõe um cenário nebuloso para o enquadramento daquele óbito, pelo menos do ponto de vista dos marcos referenciais no processo de cuidado regular em saúde mental vigentes à disposição das equipes de saúde indígena: o óbito teria simultaneamente características de suicídio e de homicídio, não podendo, contudo, ser classificado em nenhuma das duas categorias. Ao descrever o evento, os indígenas evocaram a utilização de capa animal, feitiço e a agência de espíritos na preparação da morte, pressupondo ação direta do Pajêaip. É importante enfatizar que, neste caso específico, há registros anteriores de tentativas e óbito por suicídio entre outros indígenas da mesma etnia, incluindo enforcamentos. Porém, em todos os casos anteriormente notificados pela equipe, os mesmos indígenas descreveram os episódios como suicídio, sendo esta a primeira vez em que um óbito por enforcamento foi nomeado como um ato de Pajêaip, evidenciando uma diferença marcada entre os processos de morte. Sabe-se que a tentativa ou óbito por suicídio são de ordem multifatorial. Em casos anteriores, ao



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

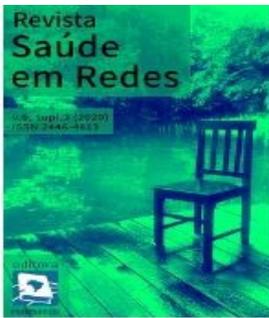
preencher as fichas de tentativa/óbito de suicídio do Ministério da Saúde/Sesai, as equipes de campo levantaram junto às vítimas e suas famílias fatores como divórcio, conflitos conjugais, morte de parente próximo, conflitos familiares, proibição familiar. Assim, o percurso das explicações de morte por Pajëaip compreende artifícios e atores diferentes daqueles mais frequentemente acionados para explicar os casos de suicídio, tanto sob uma perspectiva ocidental, quanto para o povo em questão. No decorrer dos diálogos que ocorreram durante o trabalho de investigação no território, que se estendeu por sete dias, durante os quais foram realizadas diversas reuniões com integrantes de duas aldeias deste povo indígena, houve consenso de que a referida morte não se enquadraria nas categorias disponíveis para registro do caso nos instrumentos de notificação. Um desafio adicional aos atores envolvidos no processo de investigação e de cuidado em curso é que, entre os pajés do grupo em questão, afirma-se não ser comum, e muito menos aceito, este tipo de prática. Historicamente, segundo os nossos interlocutores, mortes provocadas por feitiços foram vingadas com o assassinato dos feiticeiros e sua decapitação. Um dos esforços da equipe, junto à população indígena, foi portanto o de construir outras soluções possíveis, envolvendo profissionais de saúde e outros atores institucionais. Assim, o caso de que aqui tratamos apresenta algumas características que julgamos importante destacar. Acreditamos que se trata de uma situação desafiadora ao trabalho das equipes de saúde, em vários níveis: a insuficiência dos instrumentos de notificação e vigilância para acolher a complexidade do caso; a consequente fragilidade das informações oficiais disponíveis, dado que a vigilância epidemiológica é uma das principais estratégias de organização do cuidado no âmbito da saúde mental em contextos indígenas; e a construção de estratégias locais e contextuais de cuidado para lidar com o óbito e seus desdobramentos em um contexto tão desafiador aos saberes dos profissionais de saúde. Dentre as questões levantadas no contexto dessa investigação, destacam-se: como registrar o óbito, de modo que permita melhor compreensão do fenômeno e planejamento de respostas estratégicas pelo DSEI sem, contudo, violar o processo explicativo do povo para o acontecimento? Como mediar o tensionamento gerado entre familiares do jovem morto e o sujeito acusado de ter provocado o óbito, sabendo-se que esse tipo de prática costuma ser punida ou vingada com novas mortes? É possível contribuir com o processo de luto? É possível construir de forma coletiva uma prática de cuidado que dê conta de cessar o adoecimento recorrente de familiares do jovem falecido, relatado como consequência da continuidade do trabalho de feitiçaria por parte do mesmo sujeito responsável pelo óbito em questão? Os trabalhadores que atuaram neste contexto, como representantes do Estado, em nome do SASI/SUS, optaram por construir o caminho para estas respostas junto à comunidade. E como resultado deste diálogo sobre o óbito e suas consequências, foi possível construir, até o momento: relatório elaborado pelos trabalhadores, lido e revisado pela comunidade, trazendo uma descrição detalhada dos fatos ocorridos tal como relatados pelos indígenas; distribuição do relatório às instituições indigenistas do território para dar ciência aos mesmos, garantindo acesso dos órgãos à versão indígena do acontecido, de forma que a atuação intersetorial possa partir do mesmo nível de informações; auxílio aos integrantes da comunidade na produção de ofícios às instituições indigenistas do território para solicitar apoio que garanta o trabalho dos pajés;



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

solicitação a todas as instituições responsáveis de apoio na mediação do conflito e da tensão entre as famílias envolvidas, provocados pelo óbito do jovem. Ao final dessa etapa de trabalho no território, foi solicitado pela comunidade que se aprofunde o debate e a investigação sobre os fatos ocorridos, de modo a criar bases ou mesmo sugestões de caminhos possíveis para respostas em situações como esta. Trata-se de acontecimento cujas repercussões ainda se encontram em andamento. Não se trata de relato expositivo que pretenda promover debates puramente teóricos. O debate que propomos sobre o referido acontecimento pretende pautar com especialistas indígenas e não indígenas diálogos sobre caminhos possíveis, que somem com a condução do caso atual e contribuam com situações similares em que trabalhadores de saúde sejam convocados para tomar parte.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

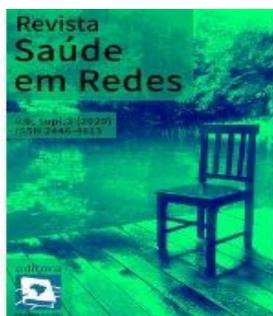
Trabalho nº 9751

### IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Autores: Laís Lopes Gonçalves, Jaçamar Aldenora dos Santos, Caroline Nascimento de Souza, João Vitor Nascimento Palaoro, Ana Paula de Araújo Machado, Italla Maria Pinheiro Bezerra

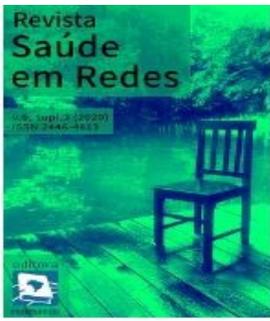
**Apresentação:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é configurada como uma metodologia científica, criada para garantir maior segurança e qualidade de assistência aos pacientes. A Resolução nº 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) deu forças para que a SAE fosse instituída nos serviços de saúde como atividade privativa do enfermeiro, enfatizando a importância da aplicação da mesma em todo cotidiano de prática assistencial independentemente do nível de atenção ou setor ao qual tenha profissionais de enfermagem. A realização do processo de sistematização proporciona mais tempo e praticidade na hora da prestação do cuidado, o que ajuda a proporcionar uma assistência de qualidade e individualizada, com maior interação entre os profissionais e os pacientes. Através da implementação da SAE, os profissionais de enfermagem conseguem melhorar a sua autonomia frente a sua equipe e aos usuários, além disso, possibilitando que coloquem suas habilidades e saberes em prática. Ao realizar a sistematização da assistência o enfermeiro consegue organizar todo o seu processo de trabalho, possibilitando uma maior interação entre a equipe e melhorando o gerenciamento dos diferentes profissionais e pacientes. Diante disso, a SAE se torna muito importante em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), pois uma equipe que conhece o paciente e suas necessidades, possuem maiores chances de atingir os resultados esperados. Essa ferramenta do cuidar implica em um novo olhar no processo de trabalho em saúde, uma vez que permite ao enfermeiro desenvolver ações com foco em necessidades de saúde e não em problemas e /ou doenças, o que propicia práticas também com foco na promoção da saúde da população. A operacionalização da SAE acontece por meio do processo de enfermagem, composto por cinco etapas diferentes, sendo elas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, mas que possuem uma ligação totalmente dependente. Essas etapas são fundamentais para suprir às necessidades da atenção primária e também dos outros níveis de atenção, sendo favoráveis para a determinação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Portanto, a SAE vem para somar e auxiliar no planejamento, execução, controle e avaliação das ações e serviços prestados direta e indiretamente aos indivíduos, famílias e comunidade. Diante disso, o estudo em questão tem como objetivo identificar quais são os desafios na produção do cuidado na implementação da assistência na atenção primária à saúde.

**Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado em um município da região Norte do Brasil, da Amazônia ocidental. Participaram desta pesquisa 48 enfermeiros cadastrados nas equipes de saúde da família (ESF) das unidades de saúde dos referidos municípios. Para participar os profissionais necessitavam de mais de seis meses de atuação na assistência de enfermagem. Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada e a observação não participativa mediada por meio de



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

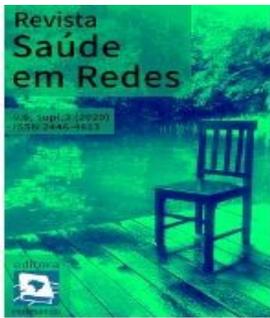
um checklist, nos meses de agosto e setembro de 2017, através de um gravador digital. As entrevistas foram transcritas e depois armazenadas numa pasta de Microsoft World. O processo de organização de dados ocorreu a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin. O estudo respeita os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos dispostos na resolução 466/12, sendo aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte, sob parecer de nº 1.975.410. Resultado: Diante da análise das entrevistas, os resultados apontam que a implementação do processo de enfermagem na atenção primária à saúde é limitado, isso acontece, pois existem muitos entraves nos serviços de saúde. Tais como problemas com altas demandas de serviços, recursos humanos insuficientes para atender um grande número de usuários e realizar todas as necessidades de cuidados, falta de materiais básicos para assistência, tempo escasso para atender a grande quantidade de pacientes e as funções gerenciais e, principalmente, a falta de vínculo que existe entre alguns profissionais, usuários e a comunidade. Esses problemas são capazes de dificultar o andamento do processo de trabalho de toda uma equipe, sendo assim, implementar algo que requer cuidado e atenção fica de lado pelos profissionais, dificultando a melhoria e a qualidade da assistência. Além disso, a implementação da sistematização também depende da formação que esses profissionais tiveram durante a vida acadêmica e também da insegurança que os mesmos demonstram ter em relação ao assunto. Tudo isso são elementos que contribuem para as limitações na execução das diferentes etapas do processo de enfermagem. Nesse contexto, as evidências apontam que os enfermeiros compartilham de discursos muito semelhantes, que revelam os entraves que os acompanham desde a formação acadêmica até a prática dos serviços, confirmando a necessidade de uma reorganização do cuidado e a capacitação de profissionais para realizarem o processo de enfermagem de modo eficiente. De modo a mostrar para todos os profissionais, que só conhecer o processo de enfermagem não é o suficiente, os mesmos precisam possuir saber teórico e habilidade crítico-reflexivo para atingir os resultados esperados. Considerações finais: A sistematização da assistência de enfermagem é muito importante na prática e planejamento da assistência, portanto, nota-se diante dos resultados encontrados que existe a necessidade de orientador e capacitar esses profissionais desde a graduação para que tenham o conhecimento básico necessário para colocar em prática o processo de enfermagem. Diante disso, as faculdades devem (re)formular suas matrizes, abordando a temática com o objetivo de ensinar esses futuros enfermeiros a realizarem todas as etapas da sistematização com qualidade, garantindo um atendimento de qualidade e de maneira integral ao paciente. Além disso, a saúde vem passando por atualizações e inovações constantemente, o que gera a necessidade de um processo de ensino e capacitação contínuo. Portanto, mesmo que estes profissionais já estejam em campos de trabalho, é fundamental para eles que tenham capacitações e treinamentos constantes, pois só assim, será possível manter um padrão de qualidade em seus atendimentos, com propósito de atender todas as demandas e problemas de indivíduos, familiares e população. Assim, é importante que os professores e gestores sejam orientados e capacitados para ensinar nos campos de práticas, os futuros profissionais e os profissionais que já atuam sobre a



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

valorização da SAE para que seja possível mudar a percepção de todos quando se tratar do assunto.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

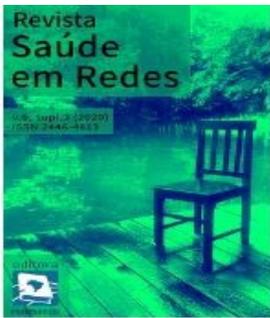
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9752

### PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS: PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA EM ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Autores: Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior, Aline Lorena da Silva Lima, Álvaro Pinto Palha Junior

Apresentação: Apesar de existirem diversas práticas análogas ao cuidado em psicologia entre os povos indígenas, o conceito próprio de subjetividade, e mesmo sobre o que é o trabalho do profissional na saúde mental, de fato, em geral, não existe propriamente nas culturas indígenas. Esse relato pretende discutir estas questões relativas ao trabalho do profissional de psicologia em atuação com sujeitos e comunidades indígenas no Sistema Único de Saúde – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. As culturas indígenas estão organizada em um contexto de produção de conhecimentos na oralidade e costumes diários das comunidades, do dia a dia das pessoas em coletivos. O processo de trabalho de profissionais na saúde indígena envolve esta busca pelo cuidado em autonomias e protagonismos compartilhados entre sujeitos e comunidade, famílias, lideranças e especialistas, comunidades próximas, em geral, vistas de formas associada aquilo que chamamos de natureza, ou qualidade de vida, na complexidade do bem viver ante a busca de uma cura ou realização individual. Os povos indígenas consideram as diferenças e os modos de vida tradicional das culturas como estruturantes de processos de bem estar, parte de uma relação harmonica das pessoas com os diversos dominios da vida “humana - vida mental, social, física, emocional e espiritual”, em um processo de busca pelo equilíbrio de vida em coletivo com outros seres nos territórios. O relato de experiência proposto, em associação com os conhecimentos em saúde coletiva e povos indígenas, pretende servir à necessidade de instrumentalização do cuidado em psicologia diante da diversidade dos saberes e conhecimentos dos povos indígenas, por uma psicologia aberta ao diálogo permanente com saberes indígenas. A apresentação buscará debater alguns critérios técnicos e práticos de intervenção, experiências vividas pelos profissionais no acompanhamento em saúde mental e atenção psicossocial com povos indígenas, em um processo de construção do que chamamos de cuidado em psicologia na saúde indígena.



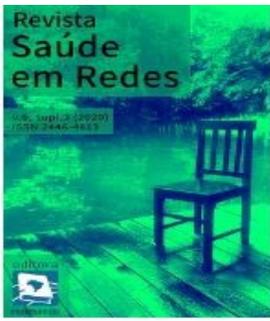
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9753

### CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA CRIANÇAS EM REABILITAÇÃO FÍSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

Autores: Melissa Barbosa Martins, Viviane Albuquerque Farias, Elielson Paiva Sousa, Lena Claudia dos Santos Pinheiro de Brito, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

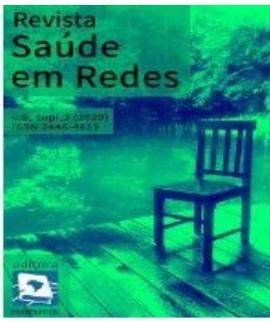
Apresentação: O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Este instrumento recebe a denominação de consulta de Enfermagem quando realizado em alguns tipos de instituições, como em serviços ambulatoriais de reabilitação. Nos centros especializados em reabilitação habilitados pelo Sistema Único de Saúde que atendam a modalidade física é obrigatório a inserção do enfermeiro na equipe mínima, no entanto, para esses serviços não há instrumento padronizado para a consulta de Enfermagem voltada a pessoa com deficiência física. Este trabalho teve por objetivo relatar a experiência de construção do processo de enfermagem pediátrico em reabilitação física. Descrição da Experiência: A experiência foi vivenciada por graduandos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará no período de setembro e outubro de 2019 durante as atividades do projeto extensão "Gestão de serviços na rede de atenção a pessoa com deficiência: práticas integradas de ensino e extensão" realizado em um Hospital Universitário habilitado nas modalidades física e intelectual. A necessidade de um instrumento que uniformiza-se a consulta de enfermagem para reabilitação física deu-se a partir do acompanhamento dos atendimentos realizados durante as atividades do projeto. A partir de então, os discentes passaram a acompanhar os atendimentos realizados, além de realizar levantamento da literatura para elaboração do instrumento a ser utilizado. A construção do processo de enfermagem para a criança com deficiência física considerou todas as necessidades desse ciclo de vida e da deficiência motora, no qual o enfermeiro possa estar intervindo com seus cuidados. Desta forma, como parte do histórico de enfermagem foi incluído os dados pessoais, socioemográficos, dados antropométricos, exame físico, escala de Humpty-Dumpty, escala de Braden. Inicialmente, foram identificados 15 diagnósticos de enfermagem, cada um com seu resultado esperado, intervenções de enfermagem e avaliação específicas. Os diagnósticos e condutas foram modelados a partir da nomenclatura padronizada do livro de diagnósticos e intervenções da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®). Assim, o protocolo além de facilitar as consultas de enfermagem, será um instrumento capaz de atender as necessidades dos usuários. Resultado: A consulta de enfermagem no CER foi implementado recentemente visando um plano de cuidado individualizado. As consultas realizadas pelos extensionistas do projeto aos pacientes, permitiu identificar os principais problemas reais e potenciais neste público- alvo e este levantamento foi essencial na construção deste protocolo. Espera-se que este protocolo facilite as consultas de enfermagem e atenda às necessidades não somente dos usuários, mas também das enfermeiras na busca de um atendimento mais integral. Considerações finais: Percebeu-se a necessidade do desenvolvimento deste protocolo para melhor assistência das crianças com deficiência física em nível ambulatorial, pois através dos



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

dados colhidos a equipe de enfermagem poderá definir os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem, em conjunto as orientações para a melhora no estado de saúde. Logo, passando a uniformizar as condutas aos usuários e assim ter evidências objetivas baseados nos mesmos parâmetros para avaliar a qualidade e resolutividade da assistência de enfermagem.



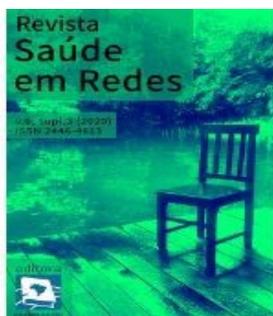
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9754

### A ATUAÇÃO SOBRE AS DESIGUALDADES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS

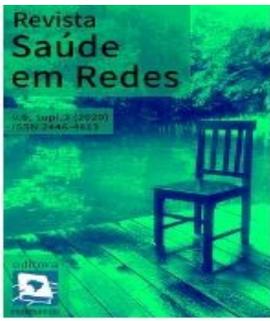
Autores: Amanda Morais Polati, Nayara Rodrigues Carvalho, Vanessa Souza Amaral, Erica Toledo de Mendonça, Rayla Amaral Lemos, Beatriz Santana Caçador, Tiago Ricardo Moreira, Deíse Moura de Oliveira

Apresentação: As desigualdades sociais entre classes possuem um grande poder de determinação no processo saúde-doença, sendo as maiores produtoras de iniquidades em saúde, que são as desigualdades de saúde evitáveis, injustas e desnecessárias entre grupos populacionais. De acordo com o índice de Gini, que avalia a medida do grau de concentração de uma distribuição (neste caso financeira) o Brasil atualmente é o nono país mais desigual do mundo. Isso pode ser justificado devido ao enraizamento das desigualdades sociais na nossa sociedade, que é uma das principais consequências do desenvolvimento capitalista. No Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 o Estado prevê a saúde como direito de todos, a qual deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Porém, as evidências apontam que as chances de utilização dos serviços de saúde estão fortemente associadas a variáveis sócio-econômicas, tais como raça, anos de estudo, ocupação e acesso a serviços públicos. Tal contexto contribui para a produção das iniquidades em saúde, as quais desdobram-se nos determinantes sociais da saúde como o modelo explicativo do processo saúde-doença na contemporaneidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito de atenção da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), prevê o contato direto da equipe com a comunidade, buscando a operacionalização de uma prática de saúde transformadora, centrada no território e na comunidade. Além disso, procura-se a instituição de uma prática intersetorial na APS, que ultrapasse as questões referentes ao setor saúde, ocupando-se da determinação social da saúde. Deste modo, compreende-se que a APS configura-se como o contexto assistencial onde as desigualdades sociais figuram-se como uma questão cotidiana a ser enfrentada no território. Neste cenário de cuidado inscreve-se a Enfermagem que possui o compromisso de pensar e atuar junto às populações, ocupando-se dos determinantes sociais da saúde para, assim, produzir intervenções sociais que contribuam para a efetivação da equidade. Entretanto, percebe-se na prática profissional do enfermeiro um avanço no que se refere à sua qualificação formal (aperfeiçoamento técnico) e, por outro lado, uma fragilidade na SUS atuação contribuindo para o aprofundamento de práticas opressivas no setor saúde e dificultando o seu enfrentamento frente às questões sociais que permeiam o processo de trabalho. Sendo assim, buscou-se através da realização desta pesquisa compreender as experiências de enfermeiros da APS no que tange à sua atuação sobre as desigualdades sociais em saúde (DSS). Desenvolvimento: trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Experiências e o desenvolvimento de competências no enfermeiro para a atuação sobre as desigualdades sociais na saúde”, defendida em 2018 em uma universidade pública de Minas Gerais. A presente investigação



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

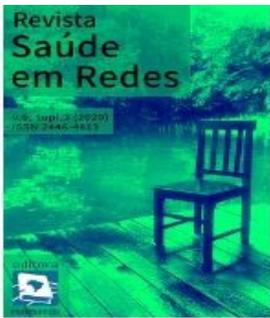
é de natureza qualitativa e teve como cenário o serviço de Atenção Primária de um município da Zona da Mata Mineira. O referido município possui 18 equipes de saúde da família, sendo que 11 dos 18 enfermeiros aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2017, por meio de entrevista com questões abertas realizada individualmente. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da universidade pública inscrita no município cenário do estudo (Parecer n. 2.058.819 /CAAE 67962717.2.0000.5153). Resultado: Os participantes destacam as DSS como um desafio cotidiano enfrentado no âmbito da APS, circunscrito a uma formação incipiente para atuar neste contexto. Ao vivenciarem as desigualdades sociais no território, os enfermeiros confrontam-se com o baixo nível de escolaridade e compreensão da população como fator que reforça a ocorrência de iniquidades, configurando um modo singular de andar a vida e uma barreira que pode impedir o acesso à informação e à saúde. Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de competências que garantam uma formação cultural e moral dos profissionais de saúde, para que ao se encontrarem diante dos abismos educacionais inscritos na sociedade sejam capazes de compreender as singularidades de cada indivíduo e reconhecê-los não como produtores, mas como produtos das desigualdades sociais. A desarticulação e ausência de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi outro desafio encontrado, fazendo com que o enfermeiro realize por conta própria ações assistencialistas, com o propósito de atuar emergencialmente sobre questões sociais que surgem no cotidiano. Como consequência, a literatura evidencia que a busca por ações assistencialistas e filantrópicas apresentam-se como um desafio para a consolidação da APS enquanto ordenadora da assistência à saúde no SUS. Tal fato explica-se pela não resolubilidade destas ações, caracterizadas pela solução de problemas agudos e superficiais com foco no tratamento, dissociando-se do papel da APS na RAS, que busca a implantação de um novo modelo de atenção à saúde com foco na corresponsabilização e integralidade do cuidado. Além disso, compreende-se a existência de uma lacuna na formação política do enfermeiro, fazendo com que tais profissionais realizem ações que contribuem para a perpetuação de modelos hegemônicos de produção de saúde, como as ações assistencialistas. Ademais, ao vivenciar as desigualdades sociais no território da APS, considerando a existência de uma rede de atenção à saúde desarticulada, a situação educacional como um desafio cotidiano e a realização de ações assistencialistas como saída, o enfermeiro encontra-se sitiado em um contexto de sentimentos marcado por impotência, angústia, frustração, desmotivação, entre outros. A responsabilização pela resolução de questões sociais complexas presentes no território pode direcionar estes indivíduos ao desenvolvimento de uma paralisia política e intelectual, visto que tais dificuldades são apreendidas como pessoais, provocando nestes um sentimento de incapacidade. Tal responsabilização acontece devido a um comprometimento ético, político e social que estes profissionais instituem na sua prática profissional, em busca de contribuir para a transformação da realidade dos sujeitos inscritos neste cenário. Considerações finais: Tais resultados retratam desafios vivenciados pelos participantes no que diz respeito ao enfrentamento das DSS. Isso sinaliza a importância de reavaliação do processo formativo em



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Enfermagem, objetivando a formação de competências para atuar no enfrentamento das DSS no território da saúde. Evidenciou-se também que as dificuldades relacionadas a tais desigualdades dialogam com as vivenciadas pelo próprio SUS e pela sociedade brasileira, que tem sofrido com a inoperância do poder público na atuação sobre as desigualdades sociais, culminando nas iniquidades em saúde perpetuadas no território.



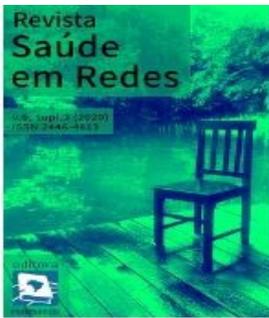
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9756

### A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CUIDADO EM UMA COMUNIDADE VIRTUAL DE OSTOMIZADO INTESTINAIS

Autores: MAYARA CASSIMIRA SOUZA, JAQUELINE TERESINHA FERREIRA, MARINA FAGUNDES GUEIROS

Apresentação: O ambiente digital é um campo de produção de sentidos e difusão de conhecimentos, cujas fronteiras encontra-se em contínua expansão. Esse espaço de diálogos online também promove o encontro de pessoas que vivenciam condições de saúde semelhantes e se proporcionam apoio mútuo na construção do cuidado. O objetivo da pesquisa foi identificar se a comunidade virtual “Ostomia em foco” da mídia social Facebook contribui para o desenvolvimento da autonomia diante da necessidade de cuidado diário do estoma e da bolsa coletora. Desenvolvimento: Pesquisa qualitativa com o método da netnografia. A pesquisa desenvolvida apresenta a análise de interações e narrativas dos membros da comunidade “Ostomia em foco” da mídia social Facebook, ocorridas durante um ano (agosto de 2017 a agosto de 2018). A coleta de dados foi realizada através da captura de tela das mensagens publicada pelo administrador e os diálogos decorrentes disso. Assim sendo, foram analisadas 56 postagens publicadas pelo administrador da página e 682 comentários direcionados a essas postagens. Foram identificados 338 seguidores autores de comentários feitos em resposta às 56 postagens do administrador. Posteriormente, foram feitas análises por categorias. A página da referida comunidade é aberta e, portanto, o acesso ao conteúdo publicado é livre. Resultado: As interações entre os integrantes movimentam um número significativo de informações que, à medida que são assimiladas, providenciam a gestão autônoma do cuidado. Foi observado que, o administrador da comunidade compartilha informações sobre o manejo da bolsa coletora durante situações de lazer, no ambiente de trabalho e durante a prática de esportes. Além disto, suas publicações estimularam discussões sobre as preferências de materiais, situações com vazamento da bolsa e possíveis soluções. Além disso, são relatados diversos episódios de constrangimento diante o cheiro, manuseio e barulho da bolsa, favorecendo o apoio mútuo e diálogo em prol do cuidado para consigo, seu equipamento e no trato com o social. Considerações finais: Concluiu-se que as interações observadas na comunidade virtual, seja com o administrador ou com os demais integrantes, contribuem para o desenvolvimento da autonomia no cuidado do estoma, do dispositivo coletor e dos materiais adjuvantes. Ademais, são estabelecidos vínculos afetivos que proporcionam o acolhimento mútuo diante do desafio de lidar com as mudanças do corpo (estéticas e funcionais) e com a necessidade de restabelecer o convívio social.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

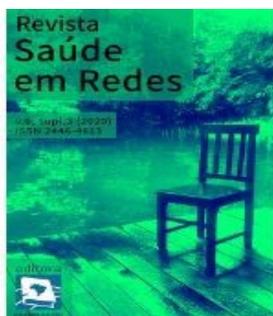
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9759

### ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E PARTO EM ÁREAS RURAIS E REMOTA DO SEMIÁRIDO NORDESTINO

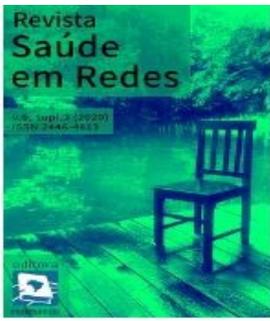
Autores: Fabiely Gomes da Silva Nunes, Adriano Maia dos Santos, Jéssica de Oliveira Sousa, Jôse Ribas Galvão, Patty Fidelis de Almeida

Apresentação: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) traz como um de seus objetivos específicos a promoção da atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada. O êxito na promoção dessa atenção se dá através da oferta de uma assistência pré-natal adequada, a qual permite a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar, qualificação e humanização da assistência ao parto, além da interferência em diversos outros determinantes que impactam diretamente nos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial real de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Desenvolvimento: trata-se de um estudo de caso referente à pesquisa “Atenção Primária a Saúde em zonas rurais remotas do Brasil” coordenada pela ENSP/FIOCRUZ, realizada em quatro regiões do país (norte, nordeste, centro-oeste e sudeste). A Região Nordeste foi representada por quatro municípios localizados no semiárido, um no Piauí e três na Bahia, todos classificados como municípios rurais remoto segundo tipologia do IBGE. Este relato é referente à coleta realizada em maio de 2019, em dois municípios baianos localizados na região centro-oeste do estado, tendo como objetivo apresentar as barreiras e dificuldades enfrentadas pelas gestantes desses municípios para acessarem o Pré-Natal de Alto Risco. Foram realizadas entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde (SMS) e Coordenação de Atenção Básica; Enfermeiro, Médico e Agente Comunitário de Saúde de quatro unidades de saúde, localizadas na sede e na área rural dos municípios, respectivamente, e uma usuária que nos últimos 12 meses realizou Pré-natal na unidade ou outro ponto de atenção na rede, em cada uma das unidades de saúde visitada, em um total de 20 entrevistas. Resultado: No Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência ao pré-natal de baixo risco é realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) de todo o país, por enfermeiros (as) e médicos (as) que devem garantir o mínimo de seis consultas pré-natal durante a gestação, além do pré-natal odontológico que deve ser realizado no mínimo uma vez durante o período gestacional. Porém, quando as gestantes apresentam alguma condição clínica que foge a capacidade resolutiva da Atenção Primária a Saúde (APS) e requer um acompanhamento especializado, como cardiopatias, hipertensão, diabetes, nefropatias, infecção pelo vírus HIV dentre outros, elas são encaminhadas para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), que é realizado por médico especialista geralmente em uma unidade hospitalar ou ambulatorial. O acompanhamento no PNAR não isenta a APS de continuar o acompanhamento dessas gestantes, que passam a realizar duas consultas mensais de pré-natal. O acesso ao pré-natal de baixo risco não foi um problema relatado pelas gestantes dos municípios estudados, referiram realizar o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, não terem dificuldade para realizarem o agendamento, não aguardarem longos períodos do momento do agendamento até o atendimento e realizarem sua primeira consulta no início do primeiro trimestre. Foi notável



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

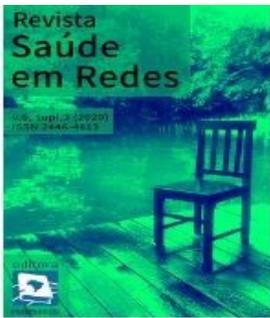
também a satisfação das gestantes com o atendimento prestado nas unidades de saúde, onde eram atendidas alternadamente pelo médico e enfermeira, que segundo as mulheres realizavam todos os procedimentos (avaliação antropométrica, aferição de pressão, medição de fundo de útero e ausculta de batimentos cardíofetais) em todas as consultas. Uma insatisfação amplamente referida foi o não acesso a exames, em especial a ultrassonografias pela rede SUS, o que acarretava em busca e realização do procedimento na rede privada. O acesso a unidade para realização do pré-natal não foi uma dificuldade encontrada na sede dos municípios, porém na zona rural constatou-se a existência de localidades distantes da unidade, havendo a necessidade de veículo próprio, de parentes/amigos ou alugado para deslocamento, visto que, não existe transporte público nessas localidades. Em relação ao acesso ao PNAR a situação apresentou-se mais complicada, primeiramente devido à dificuldade de agendamento, situação comum a todos os procedimentos especializados, segundo, o município de referência para o PNAR se localizava a uma distância aproximada 450 quilômetros, quando se considera as regiões mais remotas do município, e terceiro, os municípios não garantiam o transporte mensal para o deslocamento das gestantes. Quando a gestante era identificada como de alto risco e conseguia a marcação via secretaria de saúde para o serviço de referência da regional, localizado no município de Barreiras, o deslocamento muitas vezes era viabilizado pelo município através de carro do próprio ou por pagamento de passagem de ônibus, entretanto quando a gestante residia na zona rural do município ela teria que arcar com os custos de deslocamento da localidade onde estava até a sede do município, para então seguir com o transporte sanitário municipal até o serviço de referência para consulta de pré-natal. Muitas gestantes referiram a necessidade de mudar-se provisoriamente, ficando em casas de parentes ou amigos, pois o deslocamento mensal era de aproximadamente 900 quilômetros (ida e volta), sendo oneroso e desgastante para a gestante e seus familiares. Realidade que acarretava abandono do pré-natal na APS. Em relação a informação sobre o local do parto tanto as mulheres quanto os profissionais referenciaram que era indicado durante as últimas consultas de pré-natal o local em que a mulher realizaria o parto. Os dois municípios visitados não estavam credenciados para realização de parto, por não terem centro cirúrgico e/ou sala específica para o parto vaginal, sendo então as gestantes referenciadas para atendimento na regional, em geral nos municípios de Ibotirama, Barra, Boquira ou Barreiras. O parto das gestantes em PNAR era realizado no município em que ela estava sendo acompanhada. Considerações finais: A assistência ao pré-natal pode não prever as complicações do parto na maioria das mulheres, porém, a promoção da saúde e a identificação dos riscos poderão favorecer o prognóstico materno. Sendo assim, a detecção de qualquer sinal que implica risco requer atenção especializada, com exame, avaliação e seguimentos adicionais muitas vezes sendo necessária a referência da atenção básica para um serviço de maior complexidade. Neste sentido, aspectos relacionados a distância, periodicidade das consultas, dificuldades e tempo de deslocamento, condições financeiras não favoráveis para o acompanhamento do pré-natal podem acarretar situações de risco para mulher e o bebê, principalmente nos casos de acompanhamento ao PNAR. Evidenciando a necessidade de fortalecer a rede de atenção à saúde e garantir o acesso dessas mulheres as consultas na atenção básica, no serviço



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

especializado e também transporte sanitário adequado em todo trajeto que a gestante precise percorrer.



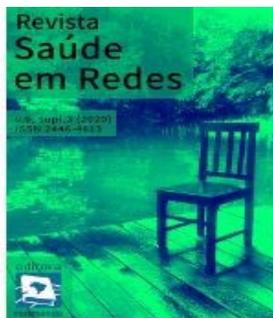
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9760

### A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA ENSP/FIOCRUZ NA INTERFACE ENTRE O TRABALHO EM EQUIPE E O DESAFIO DA MULTIPROFISSIONALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE

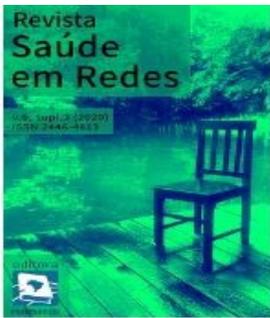
Autores: Mirna Teixeira; Maria Alice Pessanha de Carvalho

Apresentação: A proposta pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da ENSP/Fiocruz tem a intencionalidade de articular diferentes núcleos profissionais, olhares e prática no cuidado. A perspectiva desta oferta se baseia na compreensão que a complexidade do conceito ampliado da saúde exigia a correlação de diferentes núcleos profissionais, na ampliação do campo comum de saberes e práticas entre as categorias, no desenvolvimento deste cuidado integral tanto para o indivíduo, sua família e comunidade e se concretizava no trabalho cooperativo em uma metodologia de construção compartilhada. O que tem de vital nessa formação é a necessidade e a experiência dos trabalhadores, dos usuários e do viver da prática do cuidado. Desse modo, faz-se necessário pensar em estratégias de formação dos trabalhadores do SUS em uma lógica multiprofissional e interdisciplinar em busca do cuidado integral. Levando em consideração estas questões, esse trabalho tem por objetivo discutir os desafios da formação em serviço a partir da experiência da RMSF da ENSP, que tem como configuração de formação o trabalho em equipe multiprofissional na APS, com sete categorias diferentes, buscando articular saberes interdisciplinares e práticas interprofissionais na perspectiva da construção compartilhada de conhecimento. Objetiva também identificar os desafios e as estratégias desenvolvidas para as competências interprofissionais fossem realizadas; compreendendo competências como a integração de entre saberes e práticas em ação. A metodologia pedagógica tem como princípios a “dialogicidade”, comunicação e a construção compartilhada da do conhecimento. Entende-se que a formação em serviço implica desenvolver competências cognitiva, motora e ética para o cuidado individual, familiar e coletivo, organização do processo de trabalho e educação em saúde visando a melhoria da saúde e a reorientação do cuidado das pessoas no território onde vivem. Os conteúdos teóricos visam desenvolver competências comuns a todas as profissões, concernentes ao campo da saúde coletiva com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) e potencializar as competências específicas dos seus núcleos de habilitação profissional. Os conteúdos programáticos são divididos em atividades comuns (atividades de campo) e atividades específicas para cada profissão (atividades de núcleo). O Programa da RMSF é estruturado na interface educação-trabalho-cidadania e sendo assim, reflete o projeto político pedagógico da ENSP que incorpora o mundo do trabalho como eixo para produção de conhecimento e definição de demandas educacionais baseado em princípios e valores expressos no seu Projeto Político Pedagógico (PPP). Esse PPP tem como elementos fundamentais: Currículo baseado em competências profissionais; Problematização da Realidade, Integração formação – trabalho; Processo ensino-aprendizagem centrado no aluno; Unidades de Aprendizagens visando promover competências profissionais e profissional reflexivo. A formação em serviço a partir de diferentes categorias profissionais, como é o caso da RMSF, requer, portanto, uma prática interdisciplinar realizada a partir da



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

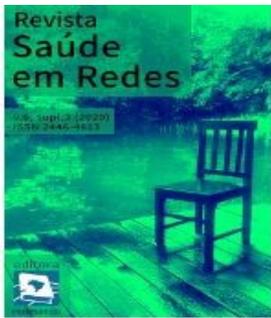
interprofissionalidade. O que se espera produzir nessa prática interprofissional é um conhecimento interdisciplinar que borre as fronteiras das disciplinas; considerando que para essa construção inter é necessário a convivência estreita desses profissionais em aprendizagem conjunta numa perspectiva colaborativa, articulando interesses, afetos, dificuldades, problemas, soluções, conflitos e ações de forma compartilhada. A proposta de interdisciplinaridade ajuda uma visão ampliada de saúde pois começa a estabelecer relações entre as caixinhas, um borramento entre as fronteiras das disciplinas e das profissões. O desafio consiste em aumentar as possibilidades de diálogo e de modificação do conhecimento para permitir a produção de outro conhecimento mais abrangente e interdisciplinar. Muitos são os desafios de uma formação multidisciplinar, interdisciplinar e interprofissional enfrentados pela RMSF, dentre eles a formação e atributos que os docentes/tutores e preceptores precisam ter para realizar processos de mediação de aprendizagem em uma perspectiva interprofissional: a Experiência em trabalho interprofissional; o profundo entendimento de métodos interativos de aprendizado; o conhecimento de dinâmicas de grupo; a confiança em trabalhar com grupos interprofissionais; e a flexibilidade (para criativamente utilizar diferenças profissionais nos grupos). Esses desafios requerem uma reflexão de como se dá a multiprofissionalidade dentro da formação em serviço em decorrência de uma reforma política no modelo de formação, atenção e cuidado. Identifica-se a necessidade de ampliação de diferentes olhares para melhoria da compreensão das demandas e necessidades da população na busca por um trabalho em equipe colaborativo e cooperativo. O programa da RMSF da Ensp/Fiocruz se estrutura para realizar o borramento entre as disciplinas, saberes e práticas profissionais. Para tanto, busca se referenciar em três dimensões de aprendizagem: interatividade, cooperação e autonomia. Na compreensão que em toda relação de aprendizagem, em uma perspectiva construtivista, pressupõem a combinação da interatividade entre trocas de saberes e conhecimento, uma da cooperação no compartilhar estratégias de colaboração mútua e na busca por processos de autonomia. O trabalho em equipe da saúde da família (eSF) por si só já é um desafio já que essa equipe já é composta por médico, enfermeiro, dentista e ACS. Quando a residência é agregada a essa equipe (eSF) ela complexifica ainda mais pois são acrescentadas mais sete categorias profissionais (psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico e farmacêutico, além do enfermeiro e dentista). Outro desafio da prática interprofissional e interdisciplinar é a transformação em ato, no encontro entre os múltiplos saberes vindo do encontro de diversas categorias profissionais trabalhando em conjunto durante 2 anos onde o saber de um nunca é melhor do que o do outro e é nesse encontro que os borrarmentos das fronteiras entre as profissões ficam mais evidentes. Apesar dos desafios existe muita potência na interprofissionalidade, uma delas é a presença de diversos espaços coletivos como espaços formativos no âmbito da residência, espaços favoráveis à formação crítica que permite a troca de saberes entre os residentes. Outra potencialidade da RMSF é a discussão sobre o processo de autonomia como um vir a ser e sempre em certa relatividade. Compreendendo que a autonomia é sempre uma ação em relação a outra. Os residentes possuem a possibilidade a ser exercida com responsabilidade e construção a construção da auto-determinar-ação, ao escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

culturalmente em função de suas necessidades e interesses se coloca como um dos desafios. Conclui-se que não é nada trivial desenvolver em programa formativo com a abertura de vagas anualmente para sete categorias profissionais. Mas a superação dos desafios advindos da multiprofissionalidade, interprofissionalidade e interprofissionalidade devemos levar em conta as dimensões da aprendizagem no desenvolvimento de competências para um cuidado visando a integralidade. Essas dimensões precisam dialogar o tempo todo no processo formativo multiprofissional visando a uma prática interdisciplinar. O desafio está posto, caminhamos construindo as ferramentas pedagógicas que deem conta dele.



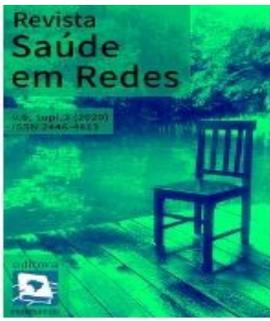
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9761

### APOIO MATRICIAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE: ENCONTROS ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

Autores: Davi Cruz Miranda, Christiane Alves Abdala, Letícia da Mota Neri

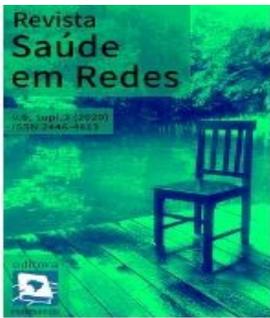
Apresentação: O NASF, proposto pelo Ministério da Saúde em 2008, a princípio como Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alterado em 2017 para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, traz sem sua concepção uma oferta de cuidado integral com a ampliação do escopo de ações das equipes de saúde, melhoria na qualidade e capacidade resolutiva, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica enquanto ordenadora do cuidado. Recentemente esse dispositivo estratégico foi totalmente desarticulado, deixando inclusive de ser financiado pelo Ministério da Saúde que não mais cadastrará equipes NASF, ficando a critério da gestão municipal a organização, manutenção e forma de atuação das equipes multidisciplinares na Atenção Básica. Nosso objetivo neste trabalho não é discutir os arranjos políticos, mas compartilhar experiências exitosas que foram e continuam sendo desenvolvidas a partir do referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, considerando as duas importantes dimensões de atuação do NASF, clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Destacamos assim uma ação em Educação Permanente envolvendo NASF, CAPS, Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, estágio do curso de Psicologia e equipes de Saúde da Família com o tema Saúde Mental. A partir de observações das rotinas de trabalho, leituras, discussões e solicitações das eSF, consideramos a importância da sistematização e aprofundamento sobre a questão da Saúde Mental na Atenção Básica. A proposta, com o objetivo de desconstruir alguns mitos e valorizar o cuidado a partir das tecnologias leves, foi desenvolvida em duas Unidades de Saúde da Família de diferentes territórios do município litorâneo do Estado de São Paulo. O primeiro território situa-se em área de morro, com difícil acesso, alta vulnerabilidade e poucos equipamentos públicos, e contou com encontros articulados pelo NASF e estágio de psicologia; o segundo território situa-se em área periférica distante da orla, caracterizado também pela alta vulnerabilidade, mas com um número considerável de equipamentos públicos, e teve seus encontros articulados pela Residência Multiprofissional, NASF e CAPS. Foram utilizadas metodologias ativas visando a participação de todos os profissionais das eSF. Os encontros foram planejados e avaliados. Algumas dificuldades se apresentaram de forma congruente nas equipes, assim também como algumas potencialidades. Importante ressaltar que as principais ferramentas para o cuidado utilizadas pelos profissionais na Atenção Básica encontram-se no campo das tecnologias leves, mas esses profissionais não as legitimam como instrumentos de trabalho, sendo necessária uma forma de compreensão e valorização dessas tecnologias. Nos remetemos a Merhy para pensarmos como os lugares “agir-trabalhador” e “agir-usuário” podem ser experienciados pelas equipes. Trabalhador e usuário disputam o cuidado, tecem o cuidado nos encontros produzidos em ato, nesta perspectiva, as experiências buscaram revelar os processos destes encontros tocando no lugar de usuário dos trabalhadores. Debateremos a capacidade criativa destes encontros, produzidos tanto nos encontros com usuário como na própria educação permanente, pensando um cuidado que



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

nos libertasse da escravidão da técnica. É o domínio da razão da técnica que buscamos discutir nestes espaços, considerando o cuidado em saúde mental a partir da produção de autonomia do usuário, valorizando a escuta, seus desejos, suas dificuldades e potencialidades.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

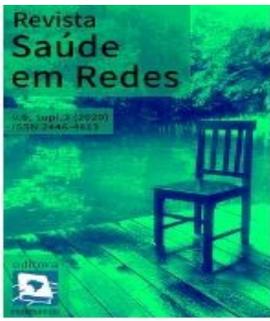
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9762

### ANÁLISE ESPACIAL DA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SAQUAREMA (RJ)

Autores: Rodrigo Pires Figueira, Adriana Martins Figueira

**Apresentação:** Um desafio constante para qualquer serviço público em especial o da saúde no Sistema Único de Saúde, é a localização espacial das unidades de saúde, que devem estar em locais que melhor atendam às necessidades dos usuários, de forma a facilitar o acesso ao mesmo. **O Objeto de estudo:** Análise Espacial da distribuição física ideal da rede de serviços de saúde bucal do SUS do município de Saquarema. **Objetivo Geral:** Realizar Análise Espacial da localização dos níveis da atenção primária e secundária da saúde bucal do município de Saquarema levando em consideração as condições que possam facilitar ou dificultar a acessibilidade aos usuários. **Objetivo:** Específicos: Levantar e analisar a conformação da Rede de ações e serviços da saúde bucal em relação território e a população do município; traçar os fluxos existentes entre atenção primária e secundária da saúde bucal em Saquarema e descrever a atual oferta do transporte público dos territórios cobertos por USF. **Metodologia e procedimentos:** O estudo tem caráter exploratório, constituindo uma análise espacial, portanto de caráter quantitativo. O cenário de estudo foi Saquarema que é um município do Estado do Rio de Janeiro. Na coleta de dados foram utilizados o aplicativo de celular: MOBILE TOPOGRAPHER© que é um topógrafo, para localizar as coordenadas das unidades de saúde, já para a criação da base cartográfica foi utilizado o software: QGIS© que é um Sistema de Informação Geográfica (SIG). Na análise de dados foram utilizadas as técnicas de: Área com Contagens e Taxas Agregadas, assim como Linha de Desejo. O estudo pretende contribuir para a gestão do município para um olhar mais técnico sobre a distribuição física ideal de sua rede SUS, aproveitando o momento atual em que a mesma passa por uma expansão da atenção primária. **Resultado:** A pesquisa apontou a importância da utilização do instrumento do SIG e da necessidade da gestão se apropriar das informações pertinentes ao perfil do seu território, para o planejamento de suas ações, além de subsidiá-la na tomada de decisão para futuras ampliações de sua Rede SUS, bem como apontou necessidade da melhora dos serviços de transporte público que estão intimamente ligados ao deslocamento desta população na rede.



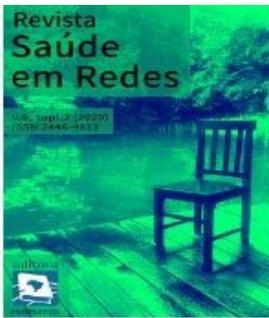
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9763

### OS ENFERMEIROS E SEUS DESAFIOS NA SALA VERMELHA DE UMA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CAMPO

Autores: Gabriel Silva Rosa

Apresentação: As unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências na cidade do Rio de Janeiro integram o componente hospitalar do sistema do SUS. A finalidade do trabalho das equipes de saúde dessas unidades é atender pacientes que chegam em estado grave, acolher casos não urgentes e proceder sua reordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde. O pressuposto fundamental do SUS é a garantia de acesso e acolhimento nos serviços de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, prevenindo tratamentos incorretos, evitando a morte ou incapacidades físicas temporárias e permanentes. A emergência de um hospital encontra muitas dificuldades no seu dia a dia, se tratando de uma metrópole, e muito saturada pela violência urbana e pelos seus problemas habituais como acidentes automobilísticos, desastres naturais, crises políticas e conflitos de diversas naturezas, dificultando o trabalho da equipe de enfermagem em uma sala vermelha de uma emergência hospitalar. O número de pessoas que são acolhidas e atendidas na emergência de um hospital nesta cidade representa um quantitativo deliberadamente alto para a equipe de enfermagem. Fazer um atendimento de qualidade por um profissional enfermeiro neste cenário requer muito mais do que técnica, por isso, o profissional aparece como destaque, pois o enfermeiro é o responsável pelos cuidados aos pacientes e com isso, devem mostrar total segurança, confiança, agilidade, liderança, pensamento rápido e principalmente: eficácia. A sala vermelha de uma emergência hospitalar representa a porta de entrada. Tanto na emergência quanto na sala vermelha, o personagem forte desse local é o enfermeiro; cujo o peso de suas decisões e medidas, podem acarretar sucesso ou insucesso, não apenas no que diz respeito a sua equipe; como trabalhar em um local aonde a falta de recursos, tanto humanos quanto materiais, podem significar a vida ou a morte de um paciente, o desequilíbrio físico e emocional do enfermeiro e de sua equipe, com tudo, a sala vermelha e a emergência configuram a porta de entrada do hospital. Os serviços de pronto atendimento e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atendimento às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os torna resolutivos, sob a visão do usuário. A necessidade de falar sobre os desafios do enfermeiro na sala vermelha ou na emergência hospitalar, mostra a demanda e a ocorrência dessa situação no cotidiano e na vida profissional do enfermeiro. (ABREU et al., 2016) Para propor uma relação de notoriedade desse tema, avaliaremos a situação de divergência entre o tema e a necessidade do enfermeiro. Para guiar este estudo traçamos a seguinte questão norteadora: Como se dá o trabalho do enfermeiro dentro da sala vermelha de uma grande emergência pública diante do paciente crítico



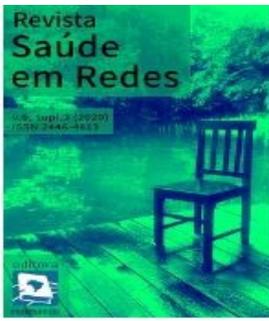
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9764

### POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA PRÁTICA DO MATRICIAMENTO NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DA GESTÃO E DOS SERVIÇOS

Autores: Gabriele Izaguirres Ortiz, Alexandra Iglesias

Este estudo tem como objetivo analisar as concepções dos profissionais da gestão, trabalhadores e diretores dos serviços de saúde do município de Vitória (ES) sobre matriciamento, entendido como uma ferramenta para a efetivação da gestão em saúde, o qual aposta na produção de saúde através do apoio entre equipes de saúde especializada e demais profissionais da rede com o objetivo de criar e enriquecer as possibilidades de intervenção por meio do projeto terapêutico singular, visitas e atendimentos compartilhados. Foram realizados 4 grupos focais na Escola Técnica do SUS (ETSUS) conduzidos por uma dupla diferente de pesquisadoras em cada grupo, a discussão foi norteada por um roteiro de perguntas sobre o entendimento que os profissionais tinham sobre matriciamento, bem como seus desafios e potencialidades no cotidiano dos serviços. O conteúdo destes grupos foi gravado, transcrito e submetido a uma análise lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ. Os resultados obtidos mostram que os profissionais enxergam o matriciamento como uma ferramenta de construção conjunta da saúde, sendo muito eficiente no compartilhamento do cuidado, reavaliando assim o encaminhamento dos pacientes para especialidades. Os profissionais afirmaram que mediante o matriciamento, o compartilhamento de saberes aumentou o conhecimento e a segurança na hora de tratar de um usuário para além da formação deste profissional. Entretanto, ainda há obstáculos para serem ultrapassados para a implantação do matriciamento nos serviços de saúde, como por exemplo a organização da unidade de saúde que recebe a equipe matriciadora, a seleção dos casos para levar para a reunião, como também o olhar para o usuário dos serviços com um ser fragmentado e não integral. Observou-se através dos resultados que a implantação do matriciamento nutre a ideia de responsabilização nos diversos atores da saúde em relação aos casos que circulam os serviços. Desta forma o matriciamento é percebido pelos profissionais da gestão e dos serviços de duas formas, em alguns momentos se configura em uma espécie de ponte que une usuário, serviços e gestão, enquanto em outros encontra obstáculos e desafios para o seu desenvolvimento efetivo.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9772

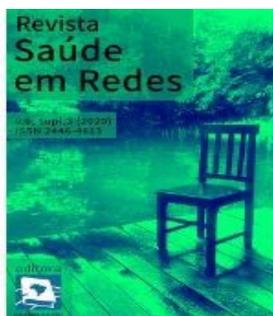
### EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES DE CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

**Autores:** Clayver Viktor Moreira de Azevedo, Milleny Tosatti Aleixo, Vanessa de Souza Amaral, Pamela Brustolini Oliveira Rena, Érica Toledo de Mendonça, Deíse Moura de Oliveira

**Apresentação:** O câncer compreende um conjunto de patologias que caracterizam-se pelo crescimento desordenado de células que adentram tecidos e órgãos e podem alcançar outras regiões do corpo, ocasionando metástases. Para o Brasil, a estimativa no biênio 2018-2019 previa aproximadamente 600 mil novos casos da doença. Além da importância estatística, o câncer também configura-se como sério problema de saúde pública, tendo em vista sua alta prevalência, incidência crescente e o forte impacto que provoca em toda a sociedade. Nas pessoas e famílias acometidas, ele manifesta-se de maneira multidimensional, comprometendo seu bem-estar físico, social, mental e espiritual. Durante a evolução das neoplasias malignas, diferentes cuidados são demandados pelos pacientes e familiares. Seja qual for o cenário de demandas vivenciado pelas pessoas com câncer, cada uma delas, apresentam necessidades singulares de cuidado. Neste contexto, é imprescindível que todos os agentes do cuidado estejam abertos a entender o paciente e a compreender suas expectativas, para que a atenção oferecida esteja de acordo com suas necessidades. Considerando a particularidade na experiência do cuidado evoca-se a necessidade de que ele seja objeto de investigações científicas, ampliando a capacidade dos profissionais de saúde e demais cuidadores atuarem junto a essa clientela. Nesse sentido, a presente investigação teve como objetivo compreender as experiências e necessidades de cuidado vivenciadas por pessoas em tratamento oncológico.

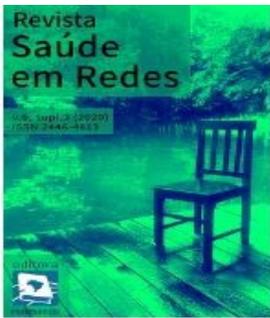
**Desenvolvimento:** trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa intitulada “Experiências e necessidades de cuidado da pessoa com câncer: abordagem compreensiva”. O presente estudo foi realizado com 15 pessoas em tratamento oncológico residentes em um município de Minas Gerais, captadas na Atenção Primária à Saúde e no contexto hospitalar. Os dados foram coletados nos meses de maio e julho de 2018 através de um roteiro de entrevista com questões abertas. Os mesmos foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da universidade à qual os investigadores estão vinculados, sob o Parecer nº. 2.638.164/ CAAE 83446418.1.0000.515

**Resultado:** participaram do presente estudo 15 pacientes, com idade entre 34 a 82 anos, sendo nove homens e seis mulheres. O tempo de início do tratamento oncológico variou de 4 meses a 25 anos. Os achados dessa pesquisa foram divididos em três categorias: “O cuidado concebido a partir da experiência”, “Experiências de cuidado vivenciadas pela pessoa com câncer”; e “Necessidades de cuidado da pessoa em tratamento oncológico”. A primeira categoria mostra que os entrevistados significam o cuidado a partir das experiências que vivenciam em seus cotidianos. Tal cuidado abarca as perspectivas biológica, social, psíquica e espiritual. Em relação aos aspectos biológicos, os entrevistados concebem o cuidado ao serem atendidos em suas necessidades de alimentação, eliminações, higiene, administração e controle de medicações, dentre outros. Já na dimensão social, os entrevistados concebem o cuidado a partir da vivência do afeto e da presença física



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

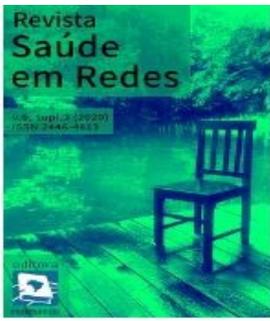
das pessoas mais próximas. Acerca da dimensão psicológica, os entrevistados demonstram que o afeto recebido figura como fonte de apoio fundamental nesse momento de suas vidas. Neste sentido, concebem o cuidado a partir da força recebida pelos familiares e profissionais de saúde, que lhes fortalece nesse momento de tratamento oncológico. Os participantes concebem o cuidado também sob a perspectiva da espiritualidade, que emerge como fonte cuidadora diante do momento vivenciado. As concepções de cuidado vivenciadas pelos entrevistados podem ser compreendidas à luz da teórica da Enfermagem Wanda Horta, que o associa ao atendimento de Necessidades Humanas Básicas (NHB). Em sua teoria das NHB, Horta as classificou como psicossociais, psicobiológicas e psicoespirituais. A segunda categoria expressa as experiências de cuidado vivenciadas pelos pacientes durante o momento de tratamento oncológico. Tais experiências se relacionam aos profissionais de saúde e a familiares e amigos. No tocante aos profissionais de saúde, as experiências relatadas remetem à dimensão objetiva e afetiva do cuidado. No que tange à primeira dimensão os entrevistados valorizam as técnicas e a estrutura dos serviços, enquanto a segunda dimensão expressa os cuidados dos profissionais em relação a transmitir ao paciente uma assistência humanizada, centrada na pessoa. As evidências reforçam que o cuidado objetivo compõe o arsenal de cuidado agenciado pelos profissionais de saúde – em especial o enfermeiro – ao paciente oncológico, os quais empregam técnicas que visam a promoção do bem-estar, enquanto o cuidado subjetivo se expressa através do afeto que intermedia as relações estabelecidas durante o processo terapêutico, em que cuidar implica interagir com o outro e promover ações essencialmente sensíveis. Quando o cuidado se relaciona aos familiares e amigos, as experiências marcadas por afeto são ampliadas, o que remete a dimensão afetiva como importante, frente ao processo que estão vivenciando. A literatura reitera que a família constitui-se muitas vezes como o motivo da existência do paciente, na qual o mesmo se ancora para vivenciar o processo de adoecimento. Os entes queridos figuram como a expressão genuína da dimensão afetiva implicada no cuidado, sendo essencial para que a pessoa com câncer se sinta amada e acredite que os motivos para cuidar e crer em sua vida são maiores que os efeitos causados pela doença em sua saúde física e emocional. Portanto, o apoio e a presença dos amigos e familiares constituem potenciais instrumentos de cuidado, devendo estes atores serem valorizados pelos profissionais de saúde. A terceira categoria temática se refere às necessidades de cuidado do paciente oncológico. Entre as necessidades de cuidado expressas pelos participantes emerge a estruturação dos serviços na rede de atenção à saúde, a qualificação dos profissionais e melhora do atendimento prestado por estes, bem como a humanização da assistência. Evidencia-se que as pessoas com câncer comumente não consideram a Atenção Básica como primeira opção na busca de tratamento e cuidados. Isso acontece devido à falta de agilidade no processo de tratamento, que faz com que os pacientes procurem exames na rede particular. Tal fato reforça a importância de se ter uma Rede de Atenção à saúde bem estruturada e qualificada. Outra necessidade de cuidado apontada pelos participantes refere-se à humanização a assistência prestada pelos profissionais. A literatura evidencia que uma assistência humanizada tem como cerne a valorização do paciente enquanto pessoa humana e de todos os que estão envolvidos em seu processo de adoecimento e recuperação da



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

saúde. É preciso ainda considerar a realidade do paciente, de sua família e estar aberto para que os mesmos participem desse cuidado. Considerações finais: tanto as experiências como as necessidades de cuidado apresentadas pela pessoa com câncer perpassam ações de valorização da subjetividade no processo de cuidar, assim como pela estrutura da Rede de Atenção à Saúde. Ademais, as experiências e necessidades de cuidado desveladas pelos participantes no processo de adoecimento e tratamento oncológico sinalizam a importância da abordagem centrada na pessoa, da humanização no cuidado e de uma estrutura adequada dos serviços, de modo que possam atender às reais necessidades desses pacientes.



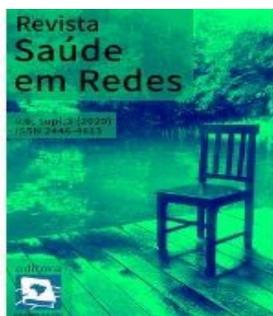
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9773

### INTERVENÇÃO SOCIOAMBIENTAL E URBANÍSTICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DA COMUNIDADE LOCAL

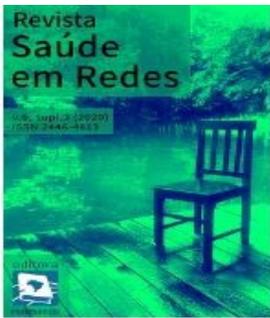
**Autores:** LUZIANNE FERNANDES DE OLIVEIRA, ROGÉRIO FERREIRA BESSA, CLÁUDIA MARIA DA ROCHA MARTINS, JOSÉ MARCELO OLIVEIRA LEAL, TAWAN TUPINAMBÁ DUARTE

**Apresentação:** Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), 4 bilhões de pessoas viverão em cidades até 2015 e o número de cidades com mais de 10 milhões de habitantes (megacidades), neste mesmo ano, será de 26 cidades. No Brasil a abordagem da assistência à saúde pode ser feita a partir de diversos enfoques e, se considerada a multiplicidade e complexidade das formas institucionalizadas de gestão, financiamento, organização e produção dos serviços oferecidos à população deste estudo, poder-se-ia abordá-los sob diferentes maneiras e lógicas distintas. Partindo deste contexto o estudo objetivou entender em que medida a urbanização de áreas periféricas, por meio de construção de unidades habitacionais e infraestrutura urbana, facilitam a ação do Estado, para promover a assistência básica à saúde (conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) através da Estratégia Saúde da Família à população local. Abordaremos a qualidade de vida como percepção que tem o indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores, nos quais ele vive considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação. Idealizada para a operacionalização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) organizava e inovava práticas de atenção básica à saúde tradicional onde predominava, até então, o modelo de ação curativo. Suas ações objetivavam a promoção da saúde e prevenção de doenças; promoção da educação em saúde e mobilização comunitária para uma melhor qualidade de vida, mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente; informação de disponibilidades e necessidades da comunidade, além de recomendar a participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas à superação dos problemas identificados, entre outros pontos, proporcionando melhorias nos indicadores de Saúde, mesmo enfrentando diversas dificuldades, dentre elas, a alta rotatividade dos profissionais nele envolvidos. A população-alvo escolhida para a realização deste estudo, reside em uma Comunidade denominada Vila da Barca, que se situa no bairro do Telégrafo, na cidade de Belém, no Estado do Pará e que surgiu nos anos 1930, tendo como atores principais a população de baixa renda, migrantes da região das ilhas e cidades ribeirinhas próximas de Belém. Como não poderia ser diferente, sua fixação e permanência nessa região se deveram à sua localização “privilegiada”, dada a proximidade ao centro comercial Município. Localiza-se numa região considerada de geografia privilegiada, fazendo fronteira com a Baía do Guajará e terra firme (possui parte de seu terreno situado em área de várzea e alagado pela influência do fluxo e refluxo das marés), margeada pela Avenida Pedro Álvares Cabral, próximo à região central da cidade, não sendo por isso considerada área periférica. Desde o ano de 2005, a área de inserção da comunidade vem sendo modificada pelo projeto de Habitação e Urbanização idealizado pela Prefeitura



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

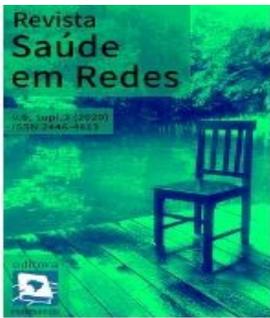
Municipal de Belém (PMB) no ano de 2000, através do Programa Nacional de Erradicação das Moradias em Áreas Alagadas ou Alagáveis, norteador pela Política Nacional de Habitação do Governo Federal, e que objetiva efetivar a recuperação da área através de intervenções físicas de habitação, urbanização e infraestrutura abrangendo aproximadamente 73.130.097 m<sup>2</sup> do território apontado. Metodologicamente trata-se de um estudo de caso simples, com abordagem qualitativa embasada em dados quantitativos envolvendo ações voltadas a urbanização na Comunidade Vila da Barca, que vem sofrendo Intervenção Socioambiental e Urbanística, através do maior projeto integrado de urbanização. A estruturação da pesquisa foi conseguida através do desenvolvimento das três etapas: a) seleção 40 prontuários, de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família local e residente nas microáreas 3, 5 e 10 localizadas nas novas unidades habitacionais da Villa da Barca, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, os entrevistados (adultos que foram capazes de responder aos instrumentos) foram submetidos à aplicação de um questionário sociodemográfico contendo 35 perguntas fechadas; b) leitura e esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e a assinatura formal de compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos entrevistados; c) tratamentos dos dados obtidos: tabulação, interpretação, análise, discussão e consolidação dos resultados. Os dados foram coletados através da utilização de um questionário sociodemográfico constituído de perguntas fechadas envolvendo temas voltados à coleta de resíduos, tratamento de água e esgoto na região, saúde, lazer, atenção básica à saúde, pavimentação das ruas, dentre outras, referentes ao período pré e pós- intervenção socioambiental e urbanística. Os resultados revelaram que após intervenção urbanística, houve relativa melhoria nas taxas de todos os indicadores pesquisados, observados o seu desenvolvimento nos graus e níveis de complexidade. Houve um grande impacto positivo na condição de habitabilidade da população que foi beneficiada com as novas moradias do conjunto habitacional, visto que, as mudanças na infraestrutura, sem dúvida nenhuma, contribuíram para as melhorias dos indicadores locais, porém, ainda faz-se necessário o empoderamento dessa população quanto a alguns aspectos, principalmente à educação em saúde, capacitação profissional e participação social, para que antigos hábitos sejam substituídos e, para que os indicadores socioeconômicos locais também sejam modificados, favorecendo assim, a qualidade de vida de forma mais ampla e duradoura. Por tudo o que foi exposto, pode-se deduzir que, os assuntos urbanização, assistência à saúde da população e pobreza, estão intimamente interligados, não tem como esconder problemáticas que ressaltam a pobreza, ocupações territoriais e habitacionais precárias e agravos permanentes à saúde das populações que em condições sub-humanas mantêm-se cotidianamente mais fortes que as próprias adversidades que as castigam. Nesta composição, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) assumiram papel extremamente relevante por serem as principais “portas de entrada” dos usuários do sistema, já que se destina a assistir a um determinado grupo populacional que mora, ou no cotidiano habitam na área geográfica de sua abrangência das ações operacionais que devem desenvolver, justificando a razão da sua existência no local. A vinculação instalada em âmbito da população adstrita a cada UBS, mais do que um estabelecimento de relação usuário x serviços de saúde local, deve ser construída com marcos evolutivos baseados no princípio



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

da coresponsabilização, do que advém, a necessidade de que o critério de cuidar em saúde de modo participativo e humanizado é essencial para alcançar, um futuro previsível, e um aceitável nível de saúde em toda a comunidade, como parte integrante do desenvolvimento social. Sendo assim, não basta construir equipamentos habitacionais e unidades de serviços assistenciais em concreto e alvenaria, sem a infraestrutura para promover o empoderamento entre os comunitários locais, favorecendo a mudança de comportamento dos residentes na Comunidade.



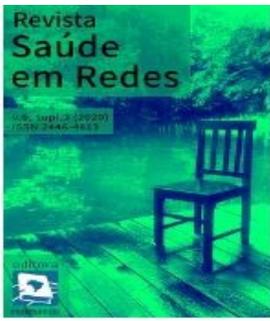
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9775

### EXPERIÊNCIA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO DE NITERÓI

**Autores:** Gabriela Wakim Schiessl, Elaine Silva Miranda, Mykaella Braga Miranda, Idelizira Machado de Araujo, Andréa Siqueira da Silva Bittencourt, Letícia Coelho Viana

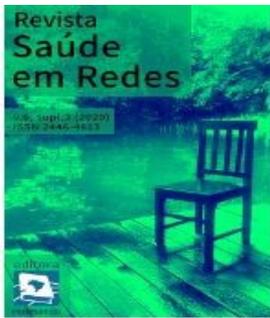
**Apresentação:** As estratégias para prevenção e promoção à saúde do homem no Brasil enfrentam diversos desafios, sendo um deles a adesão, pela população masculina, aos serviços de saúde. Tendo em vista os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), são necessárias ações que contribuam de forma significativa para compreensão da realidade dessa população e assim favorecer o cuidado em saúde. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) vigorando no município de Niterói-RJ vem promovendo a educação e atuação Interprofissional visando respostas efetivas na atenção à saúde. A Policlínica Regional do Largo da Batalha (PRLB) é um dos locais de atuação de estudantes e profissionais do PET-Saúde. **Objetivo:** Apresentar estratégias desenvolvidas em Niterói, para ampliar e melhorar o acesso e cuidado em saúde da população masculina adulta. **Método:** Foram feitas reuniões com homens no sentido de abordar cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento do usuário, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção da violência doméstica. As reuniões do Grupo de Homens (GH) contaram com dinâmica de roda de conversa mediada por profissionais capacitados e alunas do PET-Saúde, de diferentes áreas de atuação, que constroem uma abordagem interprofissional. Além disso, são reservados momentos para a realização de serviços da policlínica considerados essenciais pelo Ministério da Saúde, tais como, teste rápido de infecções virais e bacterianas (HIV, Hepatite B e C, Sífilis), vacinas obrigatórias de acordo com o perfil do usuário, aferição de pressão arterial e índice glicêmico. **Resultado:** A convivência no GH apontou para necessidade de formular instrumento específico para auxiliar nos encontros. Assim, foi elaborada a Caderneta da Saúde do Homem. O preenchimento da caderneta é feito com base nas experiências vividas no GH e nos aspectos relacionados à saúde mais relevantes para esse público. O material auxilia na adesão desses usuários, uma vez que suas informações estão mais organizadas para serem usadas, posteriormente, em um acompanhamento em longo prazo. Pelos relatos trazidos nas reuniões do GH a maioria dos participantes busca assistência à saúde quando apresentam sintomas e incômodos. É notável a dificuldade em aderir a um estilo de vida saudável, pois quase metade dos homens envolvidos no GH está acima do peso e a maioria declara ter hipertensão e hipercolesterolemia. E, embora sejam orientados sobre os riscos e sintomas de problemas cardíacos, menos da metade dos participantes procurariam imediatamente um médico diante de sinais indicativos de infarto. Muitos assumem substituir, frequentemente, consultas médicas por buscas na internet. Além disso, a maior parte do público relata exceder-se regularmente em açúcar, sal ou gordura, enquanto a minoria faz exercícios físicos pelo menos três vezes por semana. **CONCLUSÃO:** São necessárias estratégias de prevenção dirigidas a



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

para população masculina. O GH, desenvolvido na perspectiva interprofissional, tem se mostrado uma ferramenta útil para promover a saúde entre os usuários da PRLB.



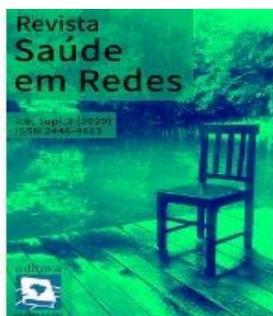
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9776

### ATENDIMENTO INTERPROFISSIONAL AOS USUÁRIOS DO SUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELÉM (PA)RÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

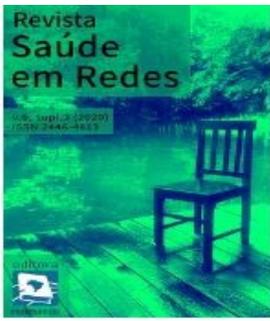
**Autores:** Ana Gabrielle Pinheiro Cavalcante, Luana Silva Batista, Rafael Martins Boaventura, Michelle Beatriz Maués Pinheiro, Carla Andrea Avelar Pires, Denise da Silva Pinto

**Apresentação:** A educação interprofissional (EIP) em saúde vem se destacando e adquirindo valorização ao redor do mundo por estar embasada em marcos teórico-conceituais e metodológicos coerentes com o desafio de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração e ao efetivo e sólido trabalho em equipe. A EIP como estratégia educacional para desenvolver a prática colaborativa, está cada vez mais presente em programas de formação de profissionais de saúde, e tem sido definida como “ocasião em que duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”. Tem como objetivo qualificar os discentes para o trabalho em equipe voltada para uma perspectiva colaborativa que proporciona uma atenção à saúde mais abrangente e integral. A EIP se diferencia da educação profissional tradicional no que se refere a produção do conhecimento, pois este acontece a partir de interações com os outros profissionais e envolve atitudes e habilidades colaborativas singulares, e, portanto, ela requer um novo modo de pensar o processo de ensino-aprendizagem. Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET - Saúde) Interprofissionalidade visa a promoção de ações de EIP entre docentes, discentes, profissionais de saúde, gestores e usuários a serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a integração com os demais níveis de atenção para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria da atenção à saúde. A proposta envolve a integração ensino-serviço e a diversificação dos cenários de práticas como prerrogativas para mudanças na formação, voltadas para as reais necessidades de saúde da população. **Objetivo:** Relatar a experiência de integrantes do PET - Saúde Interprofissionalidade a respeito dos atendimentos interprofissionais voltados a usuários do SUS em uma Unidade Básica de Saúde. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado de junho a agosto de 2019 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Belém do Pará. O estudo foi executado por integrantes do PET - Saúde Interprofissionalidade, representados por uma acadêmica de enfermagem e uma acadêmica de nutrição sob a supervisão do preceptor farmacêutico. Participaram 5 usuários que foram escolhidos de forma aleatória e todos são cadastrados na UBS. O acompanhamento com cada usuário durou três semanas, sendo que o processo de atendimento foi dividido em três momentos: abordagem inicial, discussão em grupo e intervenções. Assim, na primeira semana ocorreu a abordagem inicial onde realizamos o acolhimento, coletamos os dados socioeconômicos, histórico de doença atual, terapia medicamentosa, histórico familiar, hábitos de vida, inquérito alimentar e alguns questionamentos sobre o tratamento. Após essa coleta de dados marcamos a volta de cada usuário com 14 dias e os integrantes do PET realizaram pesquisas individuais a cerca de cada caso clínico. Na semana seguinte a equipe reuniu-se novamente para discutir os casos



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

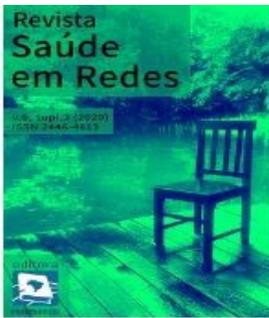
a partir da pesquisa individual e baseado nos assuntos discutidos foram pontuadas as principais intervenções que deveriam ser implementadas. A terceira semana foi dedicada para a implementação das intervenções previamente discutidas e assim ocorreu a realização das orientações e demais condutas. No decorrer dessas atividades do PET - Saúde Interprofissionalidade, ficou cada vez mais clara e fortalecida para nós, a importância da prática de colaboração interprofissional para a melhoria do cuidado em saúde do indivíduo e da coletividade. Resultado: Os atendimentos interprofissionais foram realizados com 5 usuários que já realizam tratamento para algumas doenças como Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hipotireoidismo, Osteoporose e Gastrite, sendo que raramente o usuário apresentava apenas uma das patologias citadas. Através da coleta de dados identificamos o tempo de diagnóstico e os fármacos em uso, desse modo foi possível perceber que muitos tratamentos não estavam almejando os resultados desejados. Nessa perspectiva, após a coleta de dados nos reunimos para a discussão do caso com o intuito de verificar o que poderia ser melhorado no tratamento. Assim, detectamos que muitos dos medicamentos que os usuários utilizam apresentam interações que prejudicam o tratamento. Como exemplo dessas interações destacam-se as interações fármaco-fármaco e fármaco-nutrientes. As interações identificadas estão relacionadas principalmente com a diminuição da biodisponibilidade ou redução da absorção do fármaco resultando na anulação do efeito terapêutico desejado. Ademais, outros problemas encontrados referem-se a falta de conhecimento dos usuários acerca dos seus problemas de saúde, a falta de adesão as mudanças no estilo de vida e o tratamento focado na doença negligenciando as demais demandas do usuário. Devido as problemáticas citadas as principais intervenções realizadas relacionaram-se as alterações nos horários dos medicamentos e a confecção de tabelas para facilitar a utilização da terapia medicamentosa no horário correto e mais adequado, a realização de orientações sobre a importância das mudanças no estilo de vida com enfoque na alimentação e realização de atividades físicas, explicação sobre os principais problemas de saúde encontrados e como o uso adequado dos medicamentos contribui com um tratamento efetivo. Esse cuidado interprofissional possibilitou a identificação de diversas demandas de saúde que não estavam relacionadas ao diagnóstico de doença atual dos usuários, e viabilizou o encaminhamento dos usuários para a utilização de serviços dentro da unidade como vacinação, exame preventivo do câncer de colo de útero, exame do PSA, dentre outros. Considerações finais: Os atendimentos interprofissionais foram uma importante ferramenta para aproximar os usuários da forma correta de tratar e prevenir doenças, bem como para o aprendizado e compartilhamento de saberes entre os integrantes do PET - Saúde Interprofissionalidade. Os profissionais apresentaram a importância da utilização e combinação correta dos fármacos e a relevância de uma boa alimentação associada a prática de atividades físicas para a melhoria no cuidado em saúde. Cabe ressaltar também, que esse tipo de atendimento aumenta a proximidade do usuário com os centros de saúde e com os profissionais que os atendem, deixa o usuário mais confiante e mais engajado no seu tratamento. Assim sendo, estratégias como essa deveriam acontecer com mais frequência, organização e amplitude para atingir o máximo de usuários possíveis, configurando maior eficácia nos tratamentos e prevenções a enfermidades e suas



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

complicações. Nesse contexto, o PET - Saúde interprofissionalidade vem contribuir com a formação de profissionais que saibam trabalhar de forma colaborativa com ênfase na integralidade do cuidado objetivando a ampliação da resolutividade da Atenção Primária à Saúde e a qualidade da atenção à saúde.



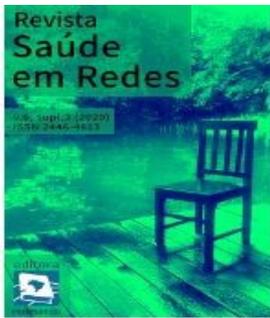
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9777

### CARACTERIZAÇÃO DE QUEDAS NO ÂMBITO PRÉ-HOSPITALAR: UM INDICADOR PARA O GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**Autores:** Magda Milleyde de Sousa Lima, Francisco José Magalhães Brandão, Dariane Veríssimo de Araújo, Joselany Áfio Caetano, Lívia Moreira Barros

**Apresentação:** Nas últimas décadas o Brasil passou por um processo de urbanização acelerado e sem infraestrutura, corroborando para um elevado índice de morbidade e mortalidade por causas externas, sendo a queda um fator de expressiva predominância entre os ferimentos não intencionais. Neste contexto, a análise do perfil das quedas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) possibilita indicar informações relevantes sobre a realidade local, proporcionando que gestores implementem medidas eficazes para redução dos agravos e promoção da saúde. Com isso, o estudo tem o objetivo de analisar o perfil das quedas na região noroeste do Estado do Ceará. **Desenvolvimento:** Trata-se de um recorte de um estudo documental, retrospectivo, quantitativo, realizado no SAMU da região noroeste do Estado do Ceará. A amostra total da pesquisa foi de 2251 fichas de atendimento individual por causas externas, destas, 1002 foram relacionadas com quedas, referentes ao período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os dados foram digitados no Excel e analisados pelo software IBM SPSS Statistics versão 24. O estudo respeitou os princípios éticos da resolução 466/12, sendo aprovado pelo comitê de ética sob CAAE nº 93822418.2.0000.505 **Resultado:** A análise do perfil das ocorrências atendidas pelo SAMU evidenciou 12 tipos de causas externas, porém houve o predomínio de quedas em 44,5% da amostra. Desta, 7,1% foi queda de bicicleta, 9,6% queda de altura, 37,1% queda da própria altura e 46,2% queda de moto. Da amostra total, 35,4% era do sexo feminino e 64,6% do sexo masculino. Em relação a faixa etária, 42% tinham entre 20 e 40 anos. 73,7% não tinham ingerido bebida alcóolica. 2,2% foram atendidos pela motolância, 5% pela unidade de suporte avançado e 92,8% pela unidade de suporte básico. Em relação ao desfecho do atendimento, 89,7% foram encaminhadas para a unidade hospitalar, 7,3% recusa atendimento, 1,7% é removido por meios próprios e 1% teve óbito no local do acidente. **Considerações finais:** Pode-se inferir que as quedas representam um tipo de causa externa com expressiva ocorrência, tendo o perfil predominante de queda de moto, entre jovens do sexo masculino. Com isso, conclui-se que esses dados trazem contribuição para gestores, possibilitando a reorganização de políticas públicas, com o intuito de prevenir esse tipo de agravo e promover a saúde.



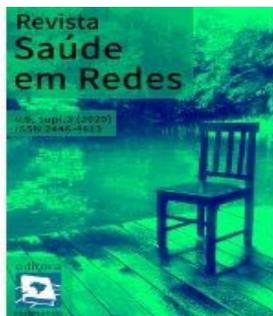
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9778

### FLUXO ASSISTENCIAL POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO TERCIÁRIA

**Autores:** Gabriela Éleres Casseb, Ingrid Cristina Siraides dos Anjos, Ivanei Cardoso Lira, Jainara de Souza Araújo, Jessica Fernanda Carvalho de Carvalho, Monique Teresa Amoras Nascimento, Raimundo Abreu dos Santos, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

**Apresentação:** A necessidade de atendimento tende para uma concentração de serviços e especialidades para os centros econômicos e urbanos, tais características têm influenciando na atuação de um cuidado integral e digno a sociedade. Além disso, é relevante ressaltar que os pontos de atenção secundária e terciária, mostram uma diversidade bem característica de serviços especializados presentes nos centros urbanos brasileiros. Para o gestor, identificar o fluxo assistencial, considerando o local de residência e as distâncias percorridas pelo usuário, possibilita o planejamento de instalação de serviços em regiões que possuem alta demanda, sendo o sistema de informação em saúde do sistema único de saúde funciona um recurso importante para o monitoramento, buscando-se melhorias na assistência e o planejamento das redes de atenção, promovendo a atuação dos princípios e as diretrizes preconizados no SUS. Desse modo, o trabalho objetiva conhecer os municípios de maior procedência dos usuários que internaram em um hospital universitário referência em oftalmologia, otorrinolaringologia, doenças raras e genéticas. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados da plataforma TABNET, sendo considerada uma fonte de dados secundários de domínio público, sendo dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomenda o parágrafo único do artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa ocorreu primeiramente, acessando o domínio da assistência à saúde e posteriormente no grupo de produção hospitalar no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), focalizando a coleta para o estado do Pará e a quantidade de internações aprovadas segundo procedência do município para o referido hospital no período de junho de 2018 a junho de 2019. **Resultado:** O total de internações no estado do Pará neste hospital foi de 5.395, sendo encontrada uma maior prevalência de usuários procedentes dos municípios de Belém, Ananindeua, Castanhal, Abaetetuba, Marituba e Paragominas, tendo respectivamente 2.455, 497, 253, 169, 151, 108 internações. Com base na análise dos dados observa-se que há uma predominância de internações advindas do município no qual o hospital encontra-se instalado, assim como dos demais que compõem a região de saúde Metropolitana I, no entanto, foi possível observar município da região de saúde metropolitana III e Tocantins. Contudo, com exceção de Marituba o número de internações tende a diminuir conforme aumenta a distância entre o hospital onde ocorrerá a internação e o município de procedência. **Considerações finais:** Compreendeu-se, a partir da análise dos dados, que há a possibilidade de estar ocorrendo uma barreira de acesso geográfica entre os municípios mais distantes e o município onde se localiza o hospital. Levanta-se, também, a necessidade de haver mais estudos que visem a análise desses dados, elencando-os com outros fatores, para que, dessa maneira, possa se realizar uma melhor avaliação da rede de atenção.



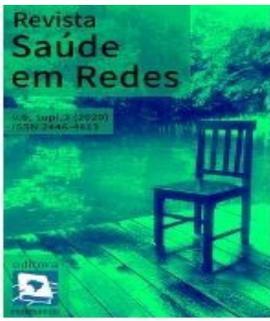
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9782

### O USO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA NO ENSINO DE PRIMEIROS SOCORROS

Autores: Magda Milleyde de Sousa Lima, Priscila Martiniano dos Santos, Rafaella Beatriz de Aguiar, Rafaela Farrapo Carneiro, Dariane Veríssimo de Araújo, Joselany Áfio Caetano, Lívia Moreira Barros

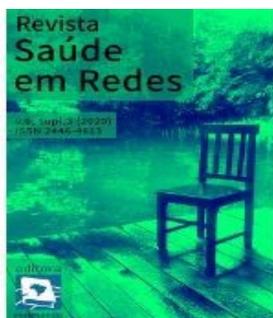
**Apresentação:** O Brasil enfrenta anualmente altas taxas de morbidade e mortalidade devido agravos no ambiente pré-hospitalar. Por isso, é de fundamental importância que o público leigo tenha conhecimento sobre as principais condutas realizadas em casos de parada cardiorrespiratória, acidentes de trânsito, intoxicações, queimaduras, quedas, afogamentos, traumas, engasgo, entre outros, visto que essas situações podem acontecer nos diversos âmbitos da sociedade. Neste contexto, entre as metodologias de ensino-aprendizado, o profissional de saúde pode utilizar tecnologias educativas para ensinar primeiros socorros, pois são ferramentas que favorecem a memorização das informações por meio da ludicidade. Com isso, o presente estudo objetiva descrever a aplicação do jogo de tabuleiro na aquisição de conhecimentos sobre primeiros socorros entre a população leiga. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo descritivo de intervenção comunitária e não controlado, desenvolvido por meio da aplicação de um jogo de tabuleiro sobre primeiros socorros para 12 leigos em primeiros socorros da região noroeste do Estado do Ceará no mês de novembro de 2019. Os dados foram registrados em um diário de campo. O estudo seguiu os critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 e foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com CAAE 07908619.3.0000.505. **Resultado:** Foi aplicado um jogo de tabuleiro sobre primeiros socorros contendo 20 “casas”. O início do jogo era representado pela palavra saída e o fim representado pela palavra chegada. Cada “casa” correspondia a uma pergunta sobre primeiros socorros, de acordo com os temas: parada cardiorrespiratória (PCR), queimadura, convulsão, engasgo e intoxicação. Os 12 participantes foram divididos em 3 equipes, e após estarem cientes de todas as regras, iniciaram o jogo. Após cada resposta, o facilitador explicava aos leigos sobre a conduta correta. Com isso, foi possível identificar as seguintes respostas: Quando questionados sobre o local correto para realizar as compressões torácicas em uma PCR, todos os participantes responderam que seria no “meio” do peito. Por sua vez, todos informaram que chamariam ajuda, pois não saberiam realizar os procedimentos adequados. Em relação ao tema queimadura, os participantes afirmaram erroneamente que tecidos aderidos à pele devem ser removidos imediatamente. Sobre as convulsões, os participantes disseram que o ideal é puxar a língua da vítima. Em relação a situações de engasgo total, a manobra mais indicada foi ficar atrás da vítima e apertar com as duas mãos acima do umbigo, segundo os participantes, Em pacientes com intoxicação por medicamentos, os dois participantes responderam que dariam leite, se o paciente estivesse acordado, para reduzir os efeitos do medicamento e levariam para o hospital. **Considerações finais:** A aplicação do jogo de tabuleiro permitiu analisar que a população leiga ainda possui muitos conhecimentos empíricos sobre as condutas necessárias em casos de primeiros socorros, principalmente nos temas queimadura, convulsão e intoxicação. Ademais, nos temas parada cardiorrespiratória e engasgo, observou-se que apesar de identificar a conduta



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

correta, os leigos não sabem a técnica. Sendo assim, o jogo educativo foi uma tecnologia educativa que permitiu a construção do conhecimento por meio da diversão e da ludicidade.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

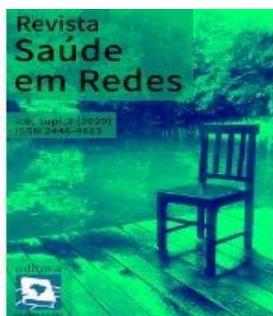
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9783

### A PROMOÇÃO DA SAÚDE – CAMPESINATO – AGROECOLOGIA: UMA INTERSECÇÃO PARA TRANSCENDER O AGRONEGÓCIO

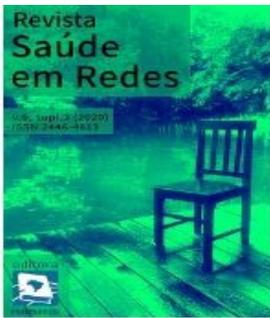
Autores: Ariandeny Silva de Souza Furtado, Óscar Emerson Zúñiga Mosquera, Ana Maria Dubeux Gervais, Lourinalda Luiza Dantas da Silva Selva Oliveira, Juciany Medeiros Araújo, Tânia Maria Sarmento Silva

Apresentação: O presente trabalho trata-se de uma análise crítica em construção, por meio de uma revisão narrativa de literatura, com objetivo de apresentar a intersecção do trinômio “campesinato - agroecologia - promoção da saúde” com o agronegócio, diante o conceito teórico da “colonialidade do poder”. As/os camponesas/es traduzem em seu cotidiano atividades agrárias na perspectiva ecológica e nas práticas de promoção da saúde, mesmo com a intervenção da “agricultura industrial capitalista”, seguem na (re)existência. A agroecologia e a promoção da saúde (PS) se complementam, na medida que apresentam “olhar multidimensional” diante os Determinantes Sociais de Saúde, a efetivação de Direitos Humanos (DH), reconhece/valoriza as diferentes territorialidades, a autonomia, a horizontalidade dos saberes e o empoderamento dos movimentos populares. A agroecologia e a PS diante seus princípios, diretrizes e metodologias, são capazes de impulsionar a agricultura de base ecológica, o desenvolvimento territorial mais sustentável; sendo a sustentabilidade compreendida em sua dimensão ética, política, cultural, econômica, social, ecológica. Esse é um olhar ampliado de saúde, que não se limita ao biologicismo e nem a “agricultura ecologizada” e versa pela luta da efetivação dos DH e a soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) “do campo à cidade”. O Brasil foi (des)construído no período colonial por meio da exploração, violências e (des)territorialização dos povos originários e das/os africanas/os escravizadas/os. Esse processo acarretou no genocídio das culturas, sendo as territorialidades transformadas “em uma única identidade”, prol “hegemonia eurocêntrica”, a qual passou a normatizar a produção do conhecimento, o ensino-aprendizagem e o processo saúde-doença-cuidado diante a racionalidade capitalista. A herança colonial ainda se materializa na atualidade e se expressa “na colonialidade do poder” e passa a direcionar o modo de (sobre)viver da população, atrelado aos interesses do Sistema Econômico Mundial. As práticas agrícolas também evidenciam a colonialidade do poder. Como herança há a concentração da terra (latifúndios) pela “burguesia agrária” (colonizadoras/es) que através das práticas agrícolas desconexas da ecologia, desenvolvem os monocultivos, utilização de agroquímicos, sementes geneticamente modificadas e mecanização em todo o processo de produção; para atender as demandas do mercado externo/biocombustíveis/ração animal e não para suprir as necessidades de alimentos e a SAN da população. Vale ressaltar que essas práticas agrícolas geram a homogeneização sociocultural por não preservar a biodiversidade, os agroecossistemas de base ecológica e as territorialidades das/os agricultores/as familiares em seus significados diante os modos de (sobre)viver. Influenciando as/os camponesas/es a (re)pensar suas práticas/experiências e os conhecimentos ancestrais prol práticas convencionais. E mesmo que não desenvolvam relações “não capitalistas de produção”, estão inseridas/os na economia capitalista



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

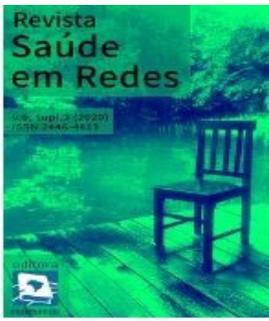
mundializada. A qual se instala nos diferentes territórios em decorrência da “modernização da agricultura”, responsável pela negação dos conhecimentos que partiram das experiências vivenciadas nas comunidades e transmitidas pelas/os ancestrais, como forma de luta pela (re)existência dos modos de viver/organizar/produzir. Como consequência há a (des)territorialização e com ela as desigualdades, iniquidades e vulnerabilidades que somados a ausência das políticas públicas e a criminalização dos movimentos populares, mantém as/os camponesas/es marginalizadas/os. Essa marginalização é proposital. A base da gestão pública é representada pelas classes hegemônicas, que tecem sua atuação na racionalidade capitalista e eurocêntrica, com ênfase nos interesses da Globalização/Sistema Econômico mundial que convergem com as práticas agrícolas convencionais. Onde as/os camponesas/es não é o público alvo, ao contrário, podem ser um problema, pois ao se organizarem em movimentos populares, terão mais força, autonomia e empoderamento para reivindicarem seus direitos e a consolidação de políticas públicas, que respeitem suas territorialidades e trajetórias, sendo capazes de avançar prol cidadania e na efetivação dos Direitos Humanos. As reivindicações versam pela soberania alimentar, sementes crioulas, agroecossistemas de base ecológica, “Sistemas Agroalimentares mais Sustentáveis”; promoção da saúde, o acesso ao conhecimento científico e a Assistência Técnica, porém; nem sempre há um espaço “de fala” para que essas reivindicações sejam formalizadas e quiçá materializadas. As políticas públicas ainda são implantadas/implementadas “para” o público alvo e não “com” o público alvo. Um exemplo é o processo de construção dos atos normativos, que não contemplam em todas as etapas o público alvo. A começar pelo dia e lugar, geralmente são dias “de semana” e em horário comercial e nas capitais. As metodologias são verticalizadas, não oportunizando a participação. Há pouco subsídio (“quando há”) para custear o deslocamento/hospedagem/alimentação, pois muitas pessoas se encontram em vulnerabilidade socioeconômica e não conseguem arcar com os gastos. A Equipe/Mesa Diretiva é composta majoritariamente por servidores/as e/ou gestores/as públicas/os, mas as/os camponesas/es? São representadas/os por quem?! Há uma participação efetiva ou uma “pseudo participação”? Vale ressaltar que há exceções, e que as conquistas que tivemos até a presente data, foi pela luta e a representação dos movimentos populares e demais pessoas comprometidas com a transformação social, nos espaços de “Controle Social”. Nosso respeito e reconhecimento a todas/os que fizeram parte desses espaços. Há muito o que percorrer, mas estamos no caminho. E problematizar esse cenário é fundamental, até porque ele é cultural e institucionalizado. E nesse cenário se (des)constrói as políticas públicas que no seu contexto de (des)envolvimento, são carregadas de interesses que muitas vezes divergem com a justiça social e a busca por uma sociedade mais equânime. Se dermos continuidade ao contexto do campesinato, torna-se perceptível o paradoxo entre a implantação e a implementação das políticas públicas que dialogam com a agricultura e o desenvolvimento rural mais sustentável. Em relação a implantação, temos 4 referências: Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 2.446/2014) entre os valores evidencia a justiça e a inclusão social, nos princípios há a territorialidade e a sustentabilidade; entre os objetivos a valorização do saber popular; a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (Decreto nº 7.272/2010) no art. 3 inciso II aborda



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

a “promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados, de base agroecológica, de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos”; Decreto 8.471/2015 do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento (MAPA) que no art. 7ª “Art. 7º-A. passa a considerar na legislação agropecuária “os costumes, os hábitos e os conhecimentos tradicionais na perspectiva da valorização da diversidade alimentar e do multiculturalismo dos povos, comunidades tradicionais e agricultores familiares” além da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Decreto nº 7.794/2012), que contempla todas as dimensões citadas. Se esses atos normativos já estão vigentes, por que não são implementados? Quais são os impedimentos? Estes são exemplos de que pelas políticas públicas é possível transcender a “colonialidade do poder” que versa pelo agronegócio e que de forma participativa e compartilhada, mesmo que pontual, os movimentos populares, camponesas/es e todas as pessoas podem corroborar com a efetivação dos Direitos Humanos e o desenvolvimento rural e agricultura mais sustentáveis pelo controle social diante a (não) implementação das políticas públicas. Há um longo percurso a percorrer na descolonização do agronegócio, do conhecimento científico e do Sistema Alimentar Global. Sigamos na (re)existência potencializando as lutas do campesinato e dos movimentos populares, fortalecendo os Sistemas Agroalimentares mais Sustentáveis, o conhecimento agroecológico e a promoção da saúde.



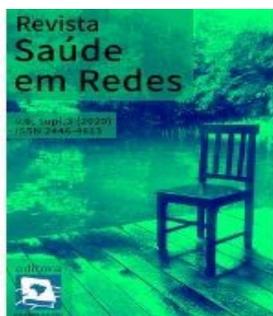
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9784

### 1º ENCONTRO NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (1º ENESF)

Autores: Cheila Pires Raquel, Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto, Luiz Odorico Monteiro Andrade, Amanda Cavalcante Frota, Silvia Maria Negreiros Bomfim

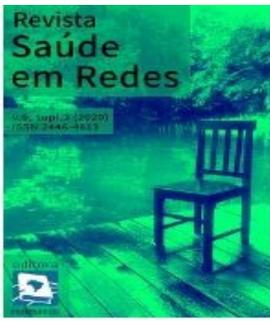
Apresentação: A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em Quixadá/CE, adotada em 1994 pelo Ministério da Saúde, passou a ser a porta de entrada do SUS, por meio do vínculo com a comunidade e tornou-se referência mundial. Com o propósito de refletir sobre as condições da ESF (Brasil/Nordeste/CE), seus desafios e perspectivas; pesquisadores, profissionais de saúde, estudantes e docentes do ensino técnico/superior, residentes/preceptores em saúde, gestores e membros dos conselhos de saúde realizaram o 1º ENESF. Objetivo: a) Promover o compartilhamento de experiências/resultados de pesquisas na ESF; b) Lembrar/Comemorar importantes marcos históricos da saúde pública nacional e cearense; c) Aproximar sujeitos/instituições estratégicas para o fortalecimento da ESF; d) Posicionar-se frente à imposição da EC 95/2016 que congela os recursos para saúde em 20 anos. No âmbito da pesquisa buscou-se catalisar a formação de redes colaborativas e comunidades de prática, que em seu movimento de participação e aprendizagem contínua abordam os problemas de saúde da população e ajudam a identificar caminhos de superação dos problemas enfrentados. Sobre as datas e marcos históricos foram celebrados: os 30 anos da institucionalização dos ACS; 28 anos do início do processo de municipalização da gestão em saúde que concretizou a implantação do SUS; 25 anos da criação da Escola de Saúde Pública do Ceará; 24 anos da ESF, 10 anos da decisão técnico-política que definiu a implantação do Polo Industrial e Tecnológico da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Eusébio/CE) e 5 anos da Residência Integrada em Saúde do Ceará (RIS-ESP/CE). Desenvolvimento: Realizado em 13/14/15 de junho/2018, no Centro de Eventos do Ceará, em Fortaleza foi Coordenado pelo Governo do Estado do Ceará por intermédio da Secretaria da Saúde; Ministério da Saúde, por meio da Fundação Oswaldo Cruz e pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará. De forma colaborativa e interinstitucional, participaram do processo de construção/implementação: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Prefeitura de Fortaleza, UFC, UECE, UNILAB, ABRASCO, Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Centro Universitário Christus, Prefeitura Municipal do Eusébio, COSEMS/CE e Associação dos Municípios do Estado do Ceará. Foram 5.549 inscrições, sendo 2.233 de profissionais da saúde, 1.571 estudantes de nível técnico/graduação/pós-graduação, 684 ACS, 356 residentes em saúde, 200 docentes, 166 gestores, 77 técnicos em saúde, 22 sujeitos do controle social e 240 profissionais de áreas afins. Foram submetidos 1.679 trabalhos, sendo 1.312 aprovados: 922 relatos de experiência, 329 resumos de pesquisa, 44 na modalidade Comunicação e Saúde, 27 produtos/materiais técnicos e 5 produções culturais/artísticas. O 1º ENESF integrou 8 eventos: Seminário Preparatório da Abrasco - 25 Anos da ESF em Defesa do SUS; I Encontro da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, I Mostra Qualifica APSUS do Ceará, I Mostra Estadual do Programa Mais Médicos do Ceará, I Mostra de Vigilância em Saúde, III Mostra de Residências Multiprofissionais em



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Saúde e VI Mostra de Saberes da Educação Profissional da VII EXPOESP, VI Mostra da Secretaria de Saúde de Fortaleza e Oficina de ressignificação do Curso Técnico dos Agentes Comunitários de Saúde (CTACS). Representantes de 11 estados estiveram presentes: CE, AL, MA, PB, PE, PI, RN, MS, ES, RJ e PR. Resultado: No evento, 80 municípios foram premiados por meio do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Ceará, que objetiva subsidiar a reorganização do modelo de atenção a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implementação das Redes de Atenção (RAS). A construção colaborativa do evento aproximou sujeitos e instituições em defesa do SUS. O ENESF foi demarcado como um encontro científico, político, cultural e afetivo. Sujeitos das diversas instituições/municípios/gerações reencontraram-se em pauta única e segundo relatos sentiram-se em coletivo. Percebida a necessidade de fortalecimento científico e político da ESF por meio do encontro sistemático entre pesquisadores, docentes, gestores, trabalhadores, estudantes e usuários, com o objetivo de criação de uma rede colaborativa de defesa de modelo, embasado no conhecimento científico, na cultura e na participação popular. Considerações finais: Apenas depois de mais de duas décadas, profissionais que participaram ativamente do processo de criação da ESF no Ceará e no Brasil reuniram-se para refletir/avaliar o trabalho e a ESF ao longo do período. A oportunidade foi garantida pelo processo colaborativo dos atores que vivenciam hoje a rotina da ESF, em estudos e práticas. A troca de saberes entre criadores da estratégia, estudantes, novos pesquisadores, profissionais, conselheiros e gestores foi a grande riqueza do encontro. Dentre os produtos do evento destaca-se o fortalecimento da Educação Permanente Interprofissional em Saúde da Família e a Colaboração Interprofissional em Saúde pela realização da Oficina de ressignificação do Curso Técnico dos Agentes Comunitários de Saúde e a I Terreirada das Residências em Saúde. A oficina de ressignificação do CTACS abordou a construção das competências a serem desenvolvidas na nova formação e contou com a participação de sujeitos de diversos segmentos da ESF do Brasil (CONASS, FENACS, FIOCRUZ, RENASF, UNASUS, ESP/CE, Agentes Comunitários de Saúde do Ceará, pesquisadores dos estados da Bahia, Minas Gerais e Ceará e Gestores locais). A I Terreirada das Residências em Saúde (ITRS) inaugurou no calendário cearense o encontro acadêmico, artístico, popular e político das residências uni/multiprofissionais pela valorização das práticas populares de cuidado, as práticas integrativas e complementares, a cultura, a arte e a educação popular em saúde na formação modalidade residência em saúde. Partindo do reconhecimento da importância do resgate da ancestralidade e das práticas populares de cuidado silenciadas e tratadas com subalternidade ao longo de nossa história, a ITRS foi organizada na forma de tenda-lúdica em que se vivenciou ludicamente o compartilhamento de práticas e saberes, oportunizando vivência-reflexão sobre uma concepção de saúde humanizada, integralizadora e em diálogo com a saúde dos povos. A organização coube a profissionais residentes e docentes que desenvolvem práticas integrativas, populares e complementares no âmbito dos Programas de Residência em Saúde do Ceará. Sendo a ESF estruturante para o SUS e frente às políticas de austeridade, há necessidade científica/política, em novas edições e nas práticas diárias, de incluir o ENESF no calendário nacional, como estratégia de fortalecimento do SUS.



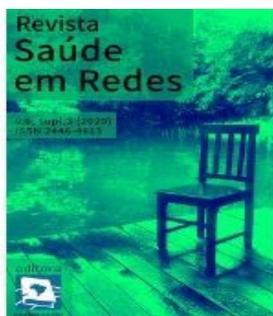
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9785

### A TELESSAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEFÉ: DESAFIOS E CONQUISTAS

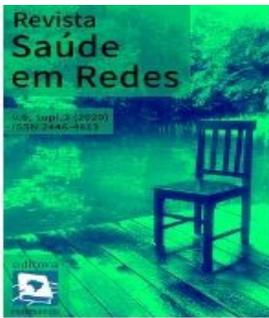
Autores: lidiana dias, ADRIANA MOREIRA, Fabiana Martins, Renata Figueiró

**Apresentação:** O objetivo deste trabalho é relatar sobre os desafios e conquistas da Telessaúde no município de Tefé, considerando as dimensões territoriais em que o Amazonas se encontra. No ano de 2017 foi implantado em Tefé o Núcleo Telessaúde, um programa criado para melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, através das ferramentas de tecnologia de informação e comunicação para prestar serviços de saúde à distância, passar conhecimentos e informações, quebrando as barreiras geográficas, temporais, sociais e culturais. Com o objetivo de buscar a melhoria da qualidade de vida da população Tefeense, cresce cada vez mais a procura por este serviço, oferecendo as seguintes vantagens como: redução do tempo de espera em consultas e dos custos de atendimento, redução da necessidade de transportar os pacientes para capital, acesso rápido a especialistas em casos de acidentes e emergências, diminuição da pressão sobre hospitais já comprometidos pela falta de leitos e recursos, ajuste do gerenciamento dos recursos de saúde devido à avaliação e triagem por especialistas, educação continuada à distância (Teleducação), maior oferta de programas educacionais para médicos e residentes localizados em zonas fora de centros especializados. A utilização dessa rede possibilita o intercâmbio de informações, contribuindo para a otimização do fluxo de pacientes na rede de saúde, qualificando os encaminhamentos e as equipes, ampliando o acesso aos serviços especializados e fixando profissionais. Dessa forma, o município de Tefé tem se destacado no que diz respeito ao uso dessa ferramenta, proporcionando aos profissionais da saúde, maior conhecimento, assim como possibilitado aos usuários acessibilidade aos serviços de saúde e especialidades que Tefé não possui. **DESENVOLVIMENTO:** O programa Telessaúde oferta três tipos de serviço: Teleducação e Teleconsultorias e Telediagnóstico. As teleducações oferecem web palestras online gratuitas para auxiliar a educação e atualização permanente dos profissionais de saúde. Já as internet palestras abordam temas ligados à saúde, bem estar, manutenção e prevenção de doenças. No município de Tefé as Teleducações são realizadas na Universidade do Estado do Amazonas (UEA) devido ao espaço e apoio que o Núcleo Telessaúde estadual oferece, como também pelo fato de existir uma sala disponível para esta finalidade com sistema próprio para transmissão com qualidade de som, imagem e ambiente virtual de aprendizagem, com o foco na educação permanente em saúde. No núcleo Telessaúde Amazonas com sede na UEA em Manaus, estão disponíveis vários profissionais de diversas áreas para atender todas as demandas que necessitamos com relação à som, imagem, conectividade, uso da plataforma tanto para teleconsultoria, quanto ao uso para ambientes virtuais de aprendizagem, cadastro, esclarecer dúvidas sobre envio de casos, planilhas, e etc. A Teleducação é uma importante estratégia de educação permanente baseada nas Tecnologias de Comunicação e Informação, são palestras sobre diversos temas na área de saúde, objetivando a troca de experiências, compartilhamento de informações e de conhecimentos, como algumas citadas a seguir: Influenza A e H1N1, Acompanhamento e controle da Diabetes e Hipertensão, Gestão da



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

vigilância sanitária (H1N1), Sinais precoce do autismo, Inspeção e licenciamento de drogarias, Hepatites virais, Saúde Bucal, Pré-natal: infecções sexualmente transmissíveis na gravidez, Atualidades sobre Hipoglicemia Neonatal, Envelhecimento ativo, dentre outras. Em relação às teleconsultorias, este serviço é disponibilizado para os profissionais nas áreas da medicina, odontologia, enfermagem e fisioterapia, que trabalham no estado e tem a possibilidade de esclarecer dúvidas e discutir casos clínicos como equipe de especialistas altamente qualificada para as questões de saúde e relativas ao processo de trabalho. As teleconsultas são realizadas no núcleo do Telessaúde de Tefé, localizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Miguel, onde as mesmas são feitas através de plataforma online e sem a necessidade de encaminhamento de pacientes para a capital. O Telediagnóstico são exames laboratoriais e de imagem à distância, possibilitando emissão de laudos médicos mais ágeis, reduzindo custos em saúde e evitando longos e onerosos deslocamentos de pacientes e/ou profissionais de saúde. Podemos destacar algumas especialidades mais procuradas e com maior resolutividade nos casos clínicos através das teleconsultorias nas áreas de: cardiologia, dermatologia, ginecologia, ortopedia, oftalmologia, otorrino, endocrinologia, entre outros. Resultado: De 2017 até os dias de hoje, a resolutividade nos casos dos pacientes tem sido de 95%, e essa redução da necessidade de transportar os pacientes para a capital, tem sido bastante satisfatória, pois na maioria dos casos os pacientes não têm condições financeiras para arcarem com todas as despesas para o seu tratamento. O auxílio diagnóstico e terapêutico figura como um atrativo, sobretudo por se tratar de uma região tão vasta e complexa dentro de nosso território, este serviço se torna um grande desafio, pois devido a essas adversidades geográficas, temos bastante dificuldade com relação ao clima chuvoso no município, enfrentamos queda no sinal de internet, mesmo a transmissão sendo por via satélite. Recentemente o núcleo Telessaúde de Tefé, ganhou um novo espaço para realização das web palestras, melhorando ainda mais a qualidade deste serviço no município. Anteriormente as palestras eram realizadas exclusivamente na UEA em Tefé, e na maioria das vezes não tinha salas disponíveis para os profissionais assistirem todas as palestras, e hoje temos, como já citei anteriormente. Mas ainda temos muito a avançar, pois pretendemos abrir uma sala exclusivamente para os atendimentos de casos clínicos, buscando melhorias no que diz respeito à equipamentos, espaço adequado, materiais necessários para as consultas de cada paciente, e futuramente construir um prédio próprio no município para que haja ainda mais este atendimento de qualidade para todas as pessoas que buscam estes serviços. Considerações finais: Concluímos que a redução desse tempo e dos custos de atendimento, e da necessidade de transportar os pacientes estão se tornando cada vez mais eficiente, o Telessaúde é uma alternativa de logística viável para a saúde nacional. As equipes da atenção básica do município de Tefé, estão cada vez mais se aperfeiçoando e familiarizando com este serviço, e apesar desses imensos desafios que enfrentamos, já tivemos grandes avanços e realmente vem crescendo essa melhoria que tanto buscamos na qualidade de vida e saúde de nossa população Tefeense.



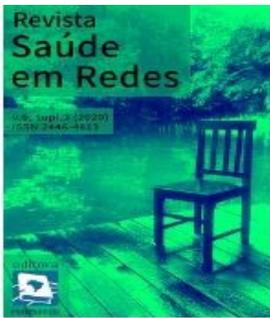
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9787

### “PARA MUDAR O MUNDO É PRECISO MUDAR A FORMA DE NASCER” – EXPERIÊNCIAS DE UMA OFICINA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

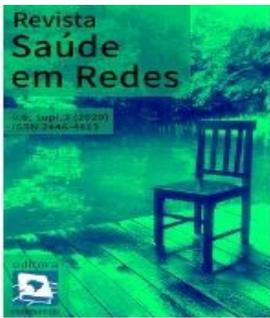
Autores: Gisseila Andrea Ferreira Garcia, Etna Kaliane Pereira da Silva, Gabriela Maciel dos Reis

Apresentação: A assistência ao ciclo gravídico puerperal, por décadas vem sendo demarcada por severas mudanças acometidas pelo processo de institucionalização, desnecessárias intervenções e medicalização da gravidez, parto e do corpo feminino. Diante disso, tem surgido uma onda de movimentos em resgate a humanização da assistência à mulher na gravidez, parto e pós-parto, a fim de reestabelecer o protagonismo da mulher sobre o seu corpo. Corpo esse que, muitas vezes é visto como objeto de control e pel a sociedade em especial pela equipe de “front off” da assistência em saúde. Compreendendo que as experiências positivas ou negativas das mulheres em relação a sua gravidez e principalmente parto e pós-parto é influenciada pela assistência recebida pelos profissionais de saúde. Este trabalho objetiva retratar de forma sistemática, os resultados de uma oficina intitulada “Para Mudar o Mundo é Preciso Mudar a Forma de Nascer”: O Protagonismo da Mulher e a Violência Institucional em Obstetrícia realizada em um congresso nacional em setembro de 2019 com profissionais de saúde que atuam na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Descrição da experiência: As atividades da oficina iniciaram com uma explanação e justificativa teórica acerca da violência obstétrica, do resgate das boas práticas de assistência a gestação parto e pós-parto, enfatizando os tipos de assistência obstétrica e o papel que os profissionais de saúde tem nos desfechos da experiência, negativa ou positiva, da mulher no ciclo gravídico puerperal. Após a explanação teórica decorreu-se a discussão de casos, a turma foi dividida em quatro grupos, e cada grupo discutiu um caso internamente, identificando práticas de humanização ou sinais de violência institucionais obstétricas discutindo as condutas e abordando estratégias para melhorias de enfrentamento das práticas violentas. Síntese das discussões de casos: Após as discussões internas em grupo, abriu-se a discussão de casos para toda a turma com a apresentação das condutas inadequadas e estratégias de enfrentamentos para tais condutas, sintetizados a seguir: 1) Para as condutas de imposição de um modelo humanizado de assistência sem profissionais e materiais necessários que respaldam a integridade física e psicológica da mulher e acompanhante, como várias parturientes e acompanhantes em uma mesma sala de parto - sem assistência uma individualizada e/ ou sem a oferta de uma ambiência que respeite a privacidade de cada parturiente a discussão se debruçou no sentido de que é válida a iniciativa da instituição em querer promover uma política da humanização da assistência obstétrica, entretanto considera-se importante a preservação da privacidade e da dignidade da parturiente. Desta forma, é necessário que se atente para a ambiência do espaço, boxes ou suítes individuais, onde a parturiente e o acompanhante possam estar vivenciando todo o processo de trabalho do parto, com toda a sua vulnerabilidade, de forma mais tranquilo possível; 2) O caso de gravidez na adolescência, acolhimento inadequado da adolescente grávida no pré-natal e violência obstétrica no parto, o grupo identificou sinais de violência



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

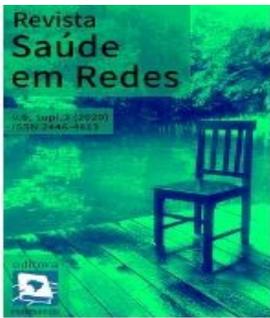
como culpabilização da grávida por não ter feito o pré-natal; ausência de acompanhante; indicação de cesariana por conveniência profissional; falta de avaliação sistematizada; falta de políticas de prevenção da gravidez na adolescência, e para este caso traçaram as seguintes estratégias de enfrentamento: acolhimento adequado no serviço de pré-natal e maternidade, garantia de direito ao acompanhante, orientar sobre as condutas realizadas durante a internação, acompanhamento sistemático do trabalho de parto, baseado em evidências científicas, sem intervenções desnecessárias, foco do cuidado na mulher e não na equipe, sensibilização/treinamento da equipe sobre as melhores práticas de assistência a gestação, parto e nascimento, integração da rede de assistência ao programa de estratégia de saúde da família; 3) Para o terceiro caso, sobre uma maternidade em que a política de humanização consisti em um o protocolo de analgesia no trabalho de parto (epidural) quando a mulher inicia o trabalho de parto ativo, desencadeando uma série de situações como dependência da monitorização na cardiocografia para isso a parturiente tem que ficar sempre deitada, não podendo realizar as suas necessidades fisiológicas de forma natural, utilização de intervenções como ventosa, fórceps e episiotomia, uma vez que chegando no período expulsivo a parturiente estava sem força e nenhuma sensibilidade para responder aos “puxos”. O grupo considerou que essa prática de humanização não foi efetiva, defendendo que é necessária a revisão do protocolo de analgesia, uma vez que está foi realizada de forma precoce, o ideal seria a parturiente estar deambulando e não deitada, ademais avaliar a necessidade do uso contínuo da sonda de alívio e do uso do fórceps e episiotomia. Para este caso, apontaram as seguintes estratégias de enfrentamento: educação em saúde no pré-natal, para a mulher adquirir informações acerca dos seus direitos e atentar pela sua autonomia; realização de plano de parto e realização de um protocolo de boas práticas com base em evidências científicas; 4) O último caso discutido foi de uma multipara que chegou na maternidade já evoluindo para o final de trabalho de parto (8 cm de dilatação e colo fino) e por isso foi logo encaminhada para a mesa de parto, colocada em posição litotômica o que gerou um certo estresse tanto na parturiente como na equipe que estava na assistência ao parto, e em consequência disso diminuíram as contrações uterinas na mulher, desencadeando uma série de condutas inadequadas (soroterapia com ocitocina, manobra de Kristeller e de a pagamento do colo, violência física como tapas nas pernas, laceração de terceiro grau, “ponto do marido”, etc.), condutas essas que o grupo identificou como violência institucional (falta de estrutura/ambiência apropriada, procedimentos não baseados em evidências científicas); violência de gênero (ponto do marido); violência física (tapas nas pernas, toques vaginais desnecessários) indicando as seguintes estratégias de enfrentamento dessas práticas inadequadas: educação em saúde da mulher, fisiologia do parto e mudanças de paradigmas, combate ao racismo institucional; maior vinculação entre gestante, hospital e profissional de saúde; uso de tecnologias de cuidado (ex: aromaterapia, mudanças de posições, spinning babies, deambulação, banho quente, massagem, etc.). Considerações finais: As discussões de casos em grupos e a síntese dessas discussões ao identificar condutas e atos negligentes, imprudentes, omissos e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde, consolidou entre os participantes a violência obstétrica e de gênero. Além disso, fomentou o debate sobre o resgate da humanização da assistência



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

obstétrica, a fisiologia da gravidez, parto e pós-parto, as práticas tradicionais, e a utilização de intervenções somente quando for necessárias e respaldadas pelas evidências científicas. Ademais, a realização dessa atividade educativa em um congresso nacional promoveu trocas de experiências entre profissionais de diversos estados brasileiros, possibilitando o fortalecimento de uma rede de combate à violência obstétrica e a multiplicação de estratégias de humanização da assistência.



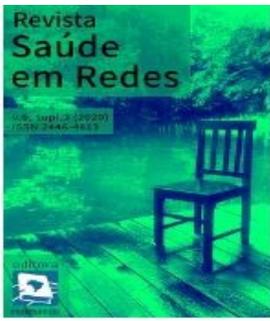
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9789

### CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

**Autores:** Magda Milleyde de Sousa Lima, Priscila Martiniano dos Santos, Rafaella Beatriz de Aguiar, Rafaela Farrapo Carneiro, Dariane Veríssimo de Araújo, Joselany Áfio Caetano, Lívia Moreira Barros

**Apresentação:** No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta muitos desafios devido as altas taxas de morbidade e mortalidade relacionadas com situações de urgência e emergência. Neste contexto, capacitar o público leigo sobre primeiros socorros é uma maneira efetiva na redução do índice de mortes no âmbito pré-hospitalar. Entre as metodologias de ensino-aprendizado, destaca-se o jogo educativo, caracterizado como uma tecnologia que favorece a memorização das informações por meio do envolvimento do participante. Com isso, o presente estudo objetiva construir e validar um jogo de tabuleiro para o ensino de primeiros socorros. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo metodológico desenvolvidos seguindo as etapas: 1) elaboração do projeto; 2) revisão integrativa de literatura; 3) realização de grupo focal com 11 leigos; 4) construção do tabuleiro; 5) validação de aparência com 10 leigos. A coleta de dados foi realizada na região noroeste do Estado do Ceará, no período de 2018 a 2019. Na etapa de validação de aparência foi utilizado um questionário com informações sobre o material com escala de Likert. Os dados foram tabulados no Excel e analisados no SPSS Statistics versão 24. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com CAAE 07908619.3.0000.505 **Resultado:** Foi construído um jogo com 20 “casas” tendo o início (representado pela palavra —saída), sequência de números de 1 a 20 e o fim (representado pela palavra —chegada) com temas sobre parada cardiorrespiratória, desmaio, queimadura, intoxicação exógena, engasgo e choque elétrico. O jogo terminou quando um dos participantes atingiu a chegada. Entre as fichas dos temas do jogo estavam também as seguintes ações: jogue novamente, avance duas casas e volte duas casas – tudo isso, para trazer mais emoção. Por sua vez, no processo de validação, houve uma aprovação do material estatisticamente significativa, com uma proporção de entre os participantes de maior que 90% e um Índice de Validação de Conteúdo (IVC) maior que 0,90 em todos os itens. **Considerações finais:** O jogo educativo foi construído e teve validade de aparência entre o público alvo, sendo considerado uma tecnologia educativa utilizada para a aquisição de conhecimento do público leigo sobre primeiros socorros.



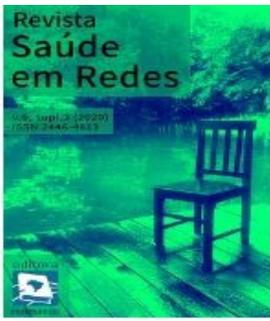
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9790

### O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO COMO PONTO DE PARTIDA PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI - REGIONAL NORTE 1

Autores: JULIANA PAULO SILVA, RAPHAELLA TAVARES

Apresentação: A Atenção Básica caracteriza-se pelo trabalho em equipes multiprofissionais responsáveis por populações de territórios definidos, sendo a coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e porta preferencial de entrada dos usuários no SUS. O trabalho de territorialização em saúde se apresenta como um pressuposto básico estratégico capaz de promover um diferencial na organização da Atenção Básica, a fim de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas vigentes. O território não é apenas um espaço geográfico, mas sim espaços e lugares construídos socialmente, em permanente construção. A organização da sociedade, a partir das regras e normas, e as interações entre pessoas, a partir das suas crenças, valores e cultura fazem com que o território não seja apenas um espaço geográfico, mas sim um espaço “vivo”, onde a vida acontece. O objetivo deste trabalho foi sensibilizar as equipes do Programa Médico de Família (PMF) para o processo de territorialização, de forma a estimular o vínculo, a responsabilização, o conhecimento da realidade dos usuários, bem como possibilitar espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão dos referenciais que orientam as práticas, para a análise e avaliação do sentido das ações produzidas. Desenvolvimento: Este trabalho foi realizado com todas as equipes do Médico de Família da Regional Norte 1. Foram realizadas 07 oficinas, 01 por unidade de saúde, totalizando 15 equipes: 108 profissionais. Utilizou-se metodologia ativa, onde os profissionais apresentaram a sua percepção sobre o território, o diagnóstico situacional em saúde e o planejamento das ações. Resultado: No período que antecedeu as oficinas, os profissionais revisitaram o território em busca por um outro olhar além do habitual realizado durante o cotidiano do trabalho; realizaram o diagnóstico situacional; construíram novos mapas com o reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nas áreas; discutiram sobre os principais indicadores em saúde e construíram coletivamente o planejamento das ações. Esta mobilização repercutiu positivamente durante as oficinas, onde as equipes junto aos supervisores e coordenação técnica do PMF, puderam refletir sobre as fragilidades e potencialidades do processo de trabalho, trocar experiências e buscar soluções compartilhadas que contribuam para o trabalho em equipe, e a melhoria do acesso e cuidado em saúde. Considerações finais: A discussão sobre territorialização se constitui como um ponto de partida para as mudanças necessárias dos atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes em saúde. O contato com as especificidades dos territórios e as diferentes necessidades dos usuários: dor, sofrimento, violência, pobreza, entre outras, se apresentam como barreiras ao acesso e ao cuidado em saúde. A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias.



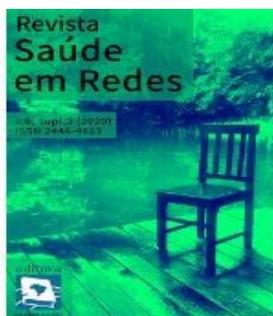
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9791

### PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIA COM O GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GGAM) NO CENÁRIO POTIGUAR

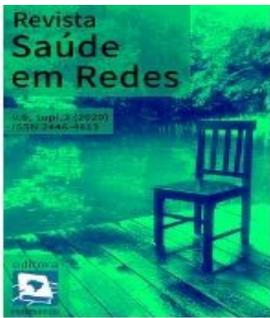
Autores: Alexandre Melo Diniz; Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Apresentação: Entre os séculos XVII e XVIII vemos a transição na concepção de poder estudado por Foucault, do poder soberano ao biopoder, o poder sobre a vida, elaborado em meados de 1970. O biopoder, assume duas formas imbricadas de poder: um disciplinar e outro biopolítico. No poder disciplinar, a anátomo-política, se ocupa do corpo individualizado, a ser adestrado, ampliando suas aptidões, explorando sua força produtiva, acentuando sua docilidade e utilidade. Enquanto a biopolítica, centra-se no corpo-espécie, admitindo intervenções e controles regulatórios na população em geral, intervindo na vida em sua plenitude, com suporte dos processos biológicos. Neste cenário, a medicina moderna, desde o século XVIII, apresenta-se como uma estratégia biopolítica usada pelo Estado para o controle e a gestão não somente dos corpos individualmente, mas de todo o corpo social, que passa a ser pensado e organizado a partir da instituição médica. A medicina oferece a matéria-prima para a expansão do poder do Estado na gestão da vida em sua totalidade e no ditame das regras de comportamento e convívio em sociedade, direcionando políticas públicas de saúde e definindo padrões de normalidade. A este fenômeno, denominamos medicalização, conceito que remete à ideia de algo que “tornou-se médico”, vinculado ao exercício da medicina ou mesmo do cuidado por meio de medicamentos. No entanto, este termo diz respeito a um fenômeno social complexo e que não deve ser compreendido em sentido único e universal. Situações da ordem do social, moral e político são pensados sob à égide da medicina e práticas afins. A medicina que deveria promover saúde, passa a ser para esta uma ameaça. Por outro lado, no pós-guerra, meados do século XX, observamos uma verdadeira revolução terapêutica com o surgimento de antibióticos, vacinas e do primeiro medicamento antipsicótico, a clorpromazina em 1947. Porém, à medida que os psicofármacos possibilitaram o cuidado em comunidade e a reintegração de usuários com transtorno mental grave na sociedade, o número de pessoas capturadas pelo uso crônico de psicofármacos, mesmo em meio aberto, é muito maior do que aqueles enclausurados em manicômios. As políticas públicas no campo da saúde mental, após a Reforma Psiquiátrica brasileira, apresentam avanços importantes em busca de superação da lógica manicomial, mas que nesse jogo de forças do saber-poder médicos e do lobby das indústrias farmacêuticas, têm tencionado constantemente o cuidado nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de modo que a prescrição de medicamentos como cuidado prioritário, segue como lógica não reformada. Deste modo, apostamos nossa pesquisa de doutoramento em produzir uma experiência no Rio Grande do Norte com um guia de origem canadense, intitulado Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM) que aqui compartilhamos. A GAM surgiu na província de Quebec, no Canadá, fruto de mobilização da sociedade civil organizada em defesa dos direitos de pessoas com transtorno mental e em tratamento com medicamentos. Estruturado em passos e perguntas que partem de questionamentos tais como: falta de acesso a informações sobre os psicofármacos, seus efeitos terapêuticos e colaterais; a



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

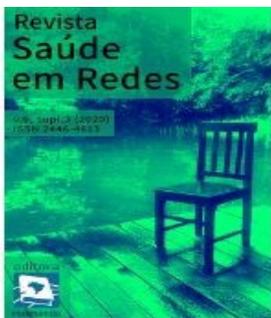
ausência ou pouco espaço de diálogo com o médico; do poder assimétrico de decisão nesta relação; dificuldade de retorno ao mercado de trabalho; a persistência do sofrimento mesmo com o uso dos medicamentos; e o desejo, de parte dos usuários, de viver sem o uso de medicamentos psicotrópicos. O guia é dividido em duas partes que compõem seis passos, antecedido pela apresentação de sua proposta e um pouco de seu histórico. Inclui trechos de falas de usuários que tiveram a experiência de participar de grupos GAM, inclusive o primeiro passo inicia com a frase de um usuário: “Sou uma pessoa, não uma doença”. Neste primeiro passo o tema é “conhecendo um pouco sobre você”, no segundo “observando a si mesmo”, o passo seguinte propõe o tema “ampliando a sua autonomia” e o quarto passo “conversando sobre medicamentos psiquiátricos”, item que possibilita informações e esclarecimentos sobre os medicamentos. Na segunda parte, temos o quinto passo que tem como objetivo fazer um resgate do percurso do grupo, com o tema “por onde andamos”, e no sexto e último passo “planejando nossas ações”, a fim de pensar coletivamente estratégias de preservar os avanços alcançados e outras para atingir o que até o momento não foram alcançadas. A pesquisa objetiva: Investigar as práticas de cuidado e de resistência à medicalização da vida que se revelam na experiência de usuários do grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no município de Natal/RN. A pesquisa é de abordagem qualitativa, inspirada na perspectiva da pesquisa-intervenção institucionalista, que busca romper com os pressupostos tradicionais de cientificidade, superando as dicotomias sujeito/objeto, teoria/prática e a pretensa atuação neutra e a-política do pesquisador, substituindo-se a fórmula “conhecer para transformar” por “transformar para conhecer”. A inserção do investigador em campo já implica mudanças, sendo ele próprio um elemento do campo. Definido nosso método em consonância com o objetivo de investigação, iniciamos o processo com a apresentação do GGAM-BR no Fórum de Saúde Mental e Direitos Humanos que ocorria mensalmente em Natal e integrava diversos atores do campo da saúde mental (usuários, trabalhadores, gestores, pesquisadores e estudantes). A proposta despertou bastante interesse dos presentes e uma profissional do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) do município de Natal, onde a intervenção grupal foi realizada. Fizemos uma sensibilização com a equipe e usuários interessados em participar da experiência. O processo analítico em construção nesta tese, foi pautado na análise das narrativas, no diário de campo do pesquisador, nas entrevistas com os usuários, nas discussões em supervisão e a análise de implicação. Compus o grupo junto a outros dois pesquisadores (também pós-graduandos do PPgPsi), três graduandos de iniciação científica, cinco profissionais do serviço (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem) e iniciamos com catorze usuários. Por motivos diversos, houve diminuição no número de usuários oscilando entre sete e oito, por encontro. Os encontros foram semanais, com duração de uma hora e vinte minutos e em parte dos minutos finais, lemos as narrativas referentes aos encontros anteriores para análise e validação pelo coletivo. Os encontros duraram até dezembro de 2018, contabilizando 36 encontros. Dentre os analisadores que emergiram, um deles diz respeito a gestão do cuidado em suas contradições e tensões relativas à promoção de cidadania, participação, vínculo, mas também de tutela, disciplina e gestão dos corpos-usuários, que ainda persistem. Porém, frente aos



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

desafios encontrados, podemos sinalizar que o grupo GAM em Natal produziu sociabilidade, ampliação da vida, descolamentos e inventividades, além de possibilitar maior informação aos usuários sobre seus direitos, sobre as medicações e seus efeitos, ampliar as redes de apoio e afetividade, ensejar mudanças nas relações de poder pautadas no diálogo, promover maior participação dos usuários em seus tratamentos e a composição de territórios existenciais outros. Deste modo, a GAM tem se mostra como dispositivo potente na reafirmação das diferenças e na produção da vida em liberdade no campo da saúde mental.



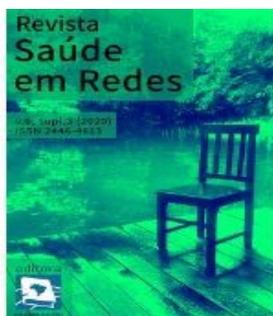
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9795

### FOMENTO AO CUIDADO E HUMANIZAÇÃO EM ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL NO PROJETO “PENSA, IMAGINA, INVENTA!”

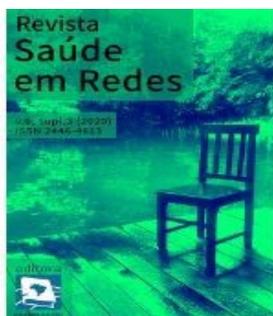
Autores: Marcos Antônio Albuquerque de Senna, Deison Alencar Lucietto, Aleksander de Oliveira Sena Melo, Anna Júlia Tavares Ferreira, Fernanda Alves Bosco, Gabriela de Oliveira Grave, Larissa Goulart de Carvalho, Letícia Cardoso da Silva

Apresentação: A formação em Odontologia deve ser um processo capaz de promover o desenvolvimento de competências técnicas, humanísticas e sociais de modo que os futuros cirurgiões-dentistas possam atuar, crítica e reflexivamente, na promoção de saúde bucal e na transformação da realidade social. Para tanto, segundo as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (DCN, 2002), é importante que sejam oferecidas experiências em atenção à saúde bucal de populações em cenários diversificados, fora dos muros da universidade e que considerem as necessidades sociais de saúde bucal da comunidade local. Tal aspecto se torna ainda mais sensível quando a universidade tem, em seu espaço de atuação, territórios caracterizados por grandes desigualdades sociais. A realização de atividades curriculares e/ou complementares ao longo da formação odontológica, com grupos populacionais caracterizados por acúmulo de desvantagens sociais, econômicas e ambientais, possibilita que saberes e técnicas sejam repensados a partir da situação encontrada em cada realidade, levando à proposição de intervenções que possam contribuir com a melhoria de condições de saúde bucal e que sejam geradoras de cuidado e humanização. Considerando o exposto, este trabalho relata a experiência do uso de fantasias e de técnicas do manejo do medo na realização de levantamento de necessidades de saúde bucal com crianças em situação de vulnerabilidade social no Projeto de Extensão “Pensa, imagina, inventa! Cocriação e compartilhamento de saberes e tecnologias sustentáveis em promoção da saúde” (PIII) com estudantes de Odontologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), campus Niterói. Desenvolvimento: O Projeto PIII tem sido oferecido como atividade complementar para estudantes de diferentes cursos de graduação da UFF, incluindo os da Faculdade de Odontologia (FOUFF). Trata-se de um projeto multimetodológico, estruturado em cinco eixos sequenciais e de complexidade crescente, que visa promover saúde para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e, também, contribuir para a formação de profissionais de saúde criativos, críticos, reflexivos e socialmente responsáveis. As atividades práticas são desenvolvidas no Solar Meninos de Luz, instituição filantrópica que atua há 28 anos na educação integral de mais de 400 crianças e adolescentes das comunidades do Pavão-Pavãozinho e Cantagalo, de elevada vulnerabilidade social, na zona sul do município do Rio de Janeiro (RJ). A identificação da inexistência de dados atualizados sobre as condições de saúde bucal dos escolares, desencadeou, junto aos estudantes da FOUFF, o planejamento de um levantamento de necessidades de saúde bucal. Visualizou-se, nessa limitação, a justificativa para serem geradas informações que subsidiassem a realização de ações de



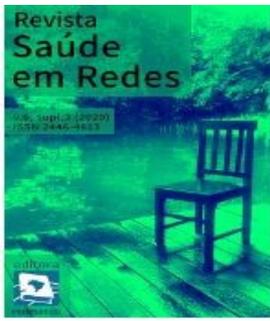
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

promoção de saúde bucal no âmbito do Projeto, bem como o encaminhamento das crianças para atendimento odontológico. Para tanto, inicialmente foi realizada uma oficina de treinamento com os estudantes da FOUFF para o levantamento das necessidades de saúde bucal, onde foram abordados conceitos sobre doenças bucais, índices bucais e forma de operacionalização dos exames. Também foi elaborado e compartilhado com os estudantes um material instrucional, de fácil acesso e visualização, para dúvidas e esclarecimentos durante as práticas. Na sequência, foram realizadas visitas guiadas no Solar Meninos de Luz para que os estudantes de Odontologia pudessem conhecer sua estrutura, funcionamento e a realidade da comunidade local. De posse dessas informações, a partir de maio de 2019, procedeu-se ao levantamento das condições de saúde bucal dos escolares, iniciando pelas turmas da educação infantil. Os exames bucais foram realizados na própria sala ou no pátio (sob iluminação natural), com o auxílio de espátulas de madeira, ficha clínica e equipamentos de proteção individual. Previamente aos exames, entrava-se na sala de aula, fazia-se a apresentação e convidava-se, de forma lúdica, as crianças para a participação. Entretanto, por ocasião das primeiras práticas, os próprios estudantes de Odontologia identificaram que muitos escolares demonstravam sinais de ansiedade e medo frente à sua presença e ao convite. Ao discutir em grupo sobre a problemática e formas de manejá-la, houve a ideia de substituir as vestimentas tradicionais por fantasias e adereços, sendo esse um meio para se aproximar do universo infantil e motivar as crianças para participarem do levantamento. Também, diante de tal constatação, os docentes do Projeto optaram pela utilização de diferentes técnicas não farmacológicas de manejo do medo e ansiedade em Odontologia, tais como comunicação verbal, comunicação não verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, distração e o modelo. Entretanto, decidiu-se não fazer uma formação tradicional sobre essa temática, mas aplicá-las “na prática”, orientando, caso necessário, os estudantes em função de cada situação experienciada. As informações clínicas foram preenchidas nas fichas odontológicas e deram origem a um banco de dados para subsidiar as próximas ações do Projeto. As crianças com necessidades de saúde bucal foram encaminhadas para tratamento odontológico. Ao término de cada dia de atividades, realizava-se uma roda de conversa com os estudantes participantes, de modo a avaliar os alcances das modificações propostas. Foram realizadas fotografias das interações produzidas através do uso de técnicas de manejo e uso de fantasias para documentar as atividades. Resultado: Participaram da primeira etapa do levantamento de saúde bucal 209 crianças de 11 turmas da Educação Infantil (dos 10 meses até os 13 anos). Houve grande desigualdade em relação às condições bucais dos escolares. A realização desses exames viabilizou o encaminhamento e o tratamento odontológico de 50 crianças, identificadas como prioritárias em função da sua pior condição bucal. Em relação ao manejo da ansiedade e do medo, observou-se que a adoção das técnicas de comunicação verbal, comunicação não verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, distração e modelo apresentaram resultados bastante satisfatórios. A adoção da estratégia de fazer a formação sobre o uso de cada técnica de manejo “in loco”, diante da evidência de necessidade e oportunidade, foi um grande diferencial, uma vez que possibilitou aos estudantes de Odontologia aprenderem “na prática”, muitas vezes sendo esclarecido que haviam utilizado uma técnica específica de



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

manejo no final da atividade. O uso de fantasias e adereços foi importante para transformar um exame essencialmente técnico em uma atividade lúdica e prazerosa para as crianças. Embora o uso de fantasias não seja algo novo nas práticas odontológicas, o aspecto a ser ressaltado é que a ideia de utilizá-las adveio justamente da observação realizada pelos estudantes, o que só foi possível por estarem inseridos em uma realidade nova, distinta da que até então estavam habituados. Por fim, percebeu-se que a utilização de fantasias e de técnicas de manejo da ansiedade e do medo facilitaram o acolhimento, a escuta e a circulação de afetos entre os estudantes de Odontologia e as crianças. Em vários momentos foram observados (e registrados em imagens) abraços, mãos dadas, brincadeiras, sorrisos, trocas de olhares e zelo, aspectos que denotaram cuidado e humanização nas atividades realizadas. Considerações finais: O oferecimento de atividades complementares na formação odontológica é de grande valia para o desenvolvimento das competências e habilidades técnicas, humanísticas e sociais, conforme preconizado pelas atuais DCN em Odontologia. Nesse sentido, a realização do levantamento de necessidades de saúde bucal com escolares em situação de vulnerabilidade social no âmbito do “Projeto PII!” demonstrou que uma atividade essencialmente técnica possibilitou desdobramentos positivos para a formação dos estudantes da FOUFF e para a promoção do cuidado à saúde das crianças. A utilização de diferentes técnicas de manejo do medo e da ansiedade frente ao atendimento odontológico, bem como o uso de fantasias foi importante para garantir que todas as crianças convidadas participassem dos exames bucais, diminuir a tensão frente ao desconhecido e tornar as atividades alegres e descontraídas. Destaca-se que a proposição dessas intervenções só foi possível porque os estudantes tiveram a oportunidade de vivenciar experiências em cenários de aprendizagem diversificados. O fato de estar em contato com uma realidade social complexa facultou o exercitar-se como “ser humano”, atuar em equipe e perceber a multiplicidade de determinantes que interferem na saúde bucal, promovendo o “aprender a aprender” a partir do cotidiano. Por fim, destaca-se que a interação entre os estudantes de Odontologia e os escolares fomentou empatia, acolhimento, escuta, circulação de afetos e cuidado, denotando humanização nas atividades realizadas.

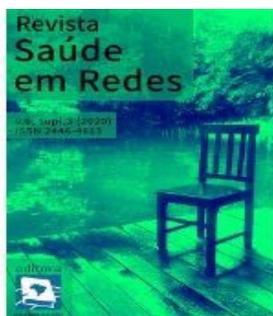


## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9796

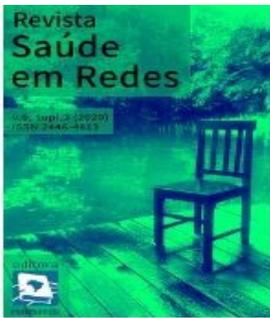
### ASPECTOS QUE IMPACTAM NEGATIVAMENTE A SAÚDE MENTAL DOS DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

**Autores:** Clayver Viktor Moreira de Azevedo, Amanda Morais Polati, Gian Batista Carmo, Laura Elisa Silva, Tiago Ricardo Moreira, Andreia Queiroz Ribeiro, Deíse Moura de Oliveira  
**Apresentação:** A palavra sofrer deriva do latim *suffere* e significa suportar a dor física ou moral. Sabe-se que o sofrimento está intimamente relacionado com a saúde mental, perpassando desde transtornos mentais graves (como esquizofrenia e a depressão) até os transtornos mentais comuns, como insônia, falta de concentração, falta de apetite etc. A literatura evidencia impactos na saúde mental dos trabalhadores relacionados ao processo de trabalho. Investigações mostram que transtornos psíquicos atingem frequentemente profissionais docentes. Além disso, nota-se um quadro de “mal-estar docente”, gerado pelo desânimo e desinteresse pela profissão. Esses fatores impactam sobremaneira a saúde mental dos docentes e são geradores de sofrimento nesse público. Tais achados reforçam a importância de haver estudos voltados para essa temática. Assim, o presente estudo objetivou compreender como a experiência de ser docente impacta a saúde mental de docentes inscritos em uma Universidade Pública de Minas Gerais. **Desenvolvimento:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, que permite almejar maiores níveis de compreensão dos significados, na medida em que os fenômenos, as manifestações, as ocorrências, os fatos, os eventos, as ideias, os sentimentos e os assuntos moldam as vivências humanas. Refere-se a um recorte de um estudo quanti-qualitativo intitulado “A saúde mental de docentes de uma universidade pública de Minas Gerais”. Os participantes dessa pesquisa foram docentes em exercício ativo da profissão. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2019 por meio de entrevistas individuais e abertas, orientadas por um roteiro semiestruturado. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da universidade à qual os investigadores estão vinculados, inscrito sob o CAAE nº 91939318.7.0000.5153/ Parecer nº 2.804.50 **Resultado:** participaram do presente estudo 13 docentes do ensino superior, com idade entre 27 a 54 anos, sendo seis homens e sete mulheres. O tempo de docência em instituições públicas variou de 2 a 27 anos. Os resultados da presente investigação desvelaram como a prática docente no contexto universitário impacta na saúde mental deste público. Em relação às repercussões negativas à saúde mental do docente, os entrevistados apontaram alguns impactos produzidos em virtude da experiência de ser docente. Uma das questões que emergiram refere-se à sobrecarga de trabalho do docente e à cobrança institucional/autocobrança associada. A profissão docente se insere em um contexto no qual é exigido desses profissionais uma alta carga física e emocional, dotado de cobranças e pressões sofridas desencadeadoras de estresse. O excesso de atividades e ausência de tempo para realização destas faz com que o docente adentre a vida pessoal com tais atividades, fazendo da casa uma extensão do trabalho e impactando em momentos de lazer e descanso, o que gera sentimentos de angústia e culpa no docente. Os docentes também relatam dificuldades referentes às relações interpessoais



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

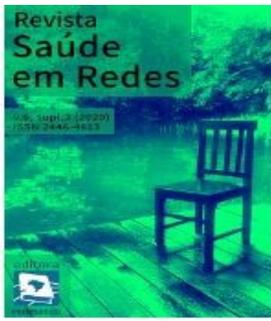
no ambiente de trabalho, as quais desencadeiam um estado de estresse e sofrimento mental. Sinalizam ainda a competitividade como algo que impacta a saúde mental no cotidiano profissional. O presente estudo reforça o que a literatura já vem produzindo com relação à temática, ao apontar dificuldades do docente em relacionar-se com os pares. Tal fato se expressa na incompreensão, falta de solidariedade e de humanização entre os colegas docentes, além da segregação em pequenos grupos. Ainda neste contexto destaca-se como repercussão negativa à saúde mental do docente a carência de relações estabelecidas entre os colegas de trabalho, o que atua como aspecto fragilizador, na medida em que demonstrar afinidade e manter um vínculo e relação harmoniosa com os demais colegas docentes são fatores protetores para manter uma relação agradável no ambiente de trabalho, reduzindo o estresse e o sofrimento mental gerado em tal espaço. Outro aspecto impactante na saúde mental do docente refere-se à falta de envolvimento dos colegas no que tange ao papel de educador que exercem. Compreende-se no presente estudo que os docentes muitas vezes focam na pesquisa em detrimento do ensino, sustentando a lógica produtivista na qual está inscrita a educação superior. Isso se dá porque as universidades públicas vêm sofrendo alterações no que tange a sua identidade social, as quais geram um ambiente onde os indicadores de qualidade se pautam em dados quantificáveis, tal como o mérito do docente, que é vinculado a resultados mensuráveis. Tal realidade gera incômodo e sofrimento mental na comunidade docente, tanto naqueles que enxergam essa entrega dos colegas à lógica produtivista, quanto nos que se rendem a essa lógica e entram no ambiente de disputa e competitividade imposto pelo sistema. A presente investigação também trouxe à tona a insatisfação dos docentes com o cenário macropolítico atual, que se mostra desfavorável à prática docente, além de suscitar um ambiente de falta de respeito e perda de autonomia no que tange ao exercício profissional, gerando sentimento de desmotivação nos participantes. Neste sentido, diversos aspectos contribuem para que a rotina do professor fique pesada e estressante, entre eles a desvalorização do professor pela política vigente. Isso também repercute em sua saúde mental, dada à deterioração da imagem do professor no contexto educacional, desdobrando-se em concepções e práticas que buscam deslegitimar a profissão do docente no cenário nacional. Os depoentes também relataram que a prática docente no ensino superior, ao impactar sobre a saúde mental, produz repercussões também à saúde física. Neste sentido, o docente adoecido mentalmente ora se autocobra não poder adoecer física e mentalmente e ora sente-se cobrado por isso, amplificando o seu sofrimento. Os docentes relataram prejuízos ao seu bem-estar físico, a destacar lombalgias, impactos no padrão de sono e repouso e alimentação, distúrbios gastrintestinais e imunossupressão, os quais de acordo com os mesmos, relacionam-se à docência. Muitas vezes mesmo vivenciando um contexto de adoecimento, os docentes se veem impedidos de reconhecer que estão adoecidos e/ou impedidos de adoecer, qual sentimento é internalizado pelos mesmos, que por vezes ocultam o aparecimento de alguns incômodos e problemas. Considerando a necessidade de manter-se ativo, o docente recorre às medicações para conseguir preservar as suas atividades. Percebe-se então, o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos pelos docentes, em que esses se veem na necessidade de aplicar a terapia medicamentosa devido ao impacto gerado pela docência em sua saúde



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

mental. Contudo, o uso desses medicamentos nem sempre são capazes de resolver o problema em sua gênese, tendo sua ação focada apenas na sintomatologia. Estudos mostram que a utilização de medicamentos para transtorno mental está em ascensão entre docentes universitários. Considerações finais: Os resultados revelam que a saúde mental do docente é afetada pela sobrecarga de trabalho, pelas relações frágeis estabelecidas entre os pares e pelo contexto macropolítico. Tais situações repercutem negativamente na vida pessoal e profissional desse grupo social, levando-o ao esgotamento físico e psíquico. Destaca-se que o adoecimento mental do docente está posto, porém é invisibilizado pelas instituições de ensino, pelos colegas de trabalho e muitas vezes por ele mesmo. Por isso é importante pensar em estratégias de visibilizar e atuar nesta dimensão, considerando os desdobramentos que o adoecimento mental do docente pode gerar para si, seus colegas, educandos e para a educação como um todo.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

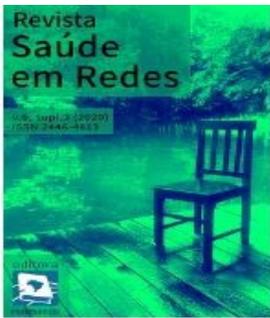
Trabalho nº 9797

### SAÚDE MENTAL EM PERSPECTIVA: ANÁLISE DO DIÁLOGO ENTRE O NASF E A APS EM UMA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Autores: Mariana Arantes e Silva, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Denise Alves Guimarães, Vivian Andrade Araújo Coelho, Marco Túlio Resende Clementino, Leonardo Isolani e Andrade, Vanessa Cristina de Paiva Oliveira

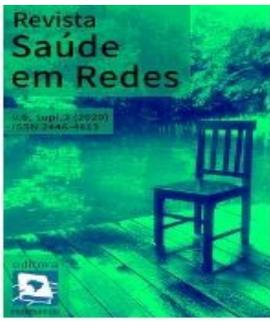
**Apresentação:** A implantação de ações voltadas à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) objetiva a elaboração de um método de cuidado ao usuário que envolve a aproximação das políticas e saberes relacionados à Reforma Psiquiátrica e à abordagem do sofrimento psíquico inseridos na lógica de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, o implemento desse diálogo permitiu a identificação de defasagens na capacitação dos profissionais da APS no concernente à tal temática, além de expor a insciência dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Isso, por sua vez, leva à produção de ações normatizadoras, infantilização do paciente e medicalização do sofrimento psíquico. Diante disso, percebe-se a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como uma estratégia de superação desse cenário. O NASF se trata de uma proposta cujo objetivo é a transferência de tecnologia de profissionais especialistas a generalistas da APS. No contexto do cuidado com a Saúde Mental, o profissional do NASF tem a função de introduzir a lógica desse setor dentro da ESF, baseando-se nos paradigmas psicossociais e nas preconizações da Saúde Coletiva. Desse modo, sugere-se a horizontalidade na gestão, valorizando a compreensão multidisciplinar dos casos e incentivando ações que incluam as potencialidades oferecidas pelo território habitado pelo sujeito em sofrimento psíquico. A partir disso, as ações dos profissionais do NASF têm potencial para influenciar na modificação do modelo de atenção à Saúde Mental, viabilizando uma prática que combata a estigmatização do usuário e que proponha ações em defesa dos direitos humanos. Mediante o exposto e impulsionado pela mudança de perspectiva no manejo do sofrimento psíquico, o presente estudo objetiva compreender o modo de atuação dos profissionais do NASF no que tange à atenção em Saúde Mental nos municípios da Macrorregião Oeste do Estado de Minas Gerais.

**Desenvolvimento:** Com vistas a obter as informações necessárias à identificação dos fatores de interesse ao estudo, foi realizada uma pesquisa de caráter quanti e qualitativo com os profissionais da APS e dos NASF pertencentes à Região Ampliada Oeste. Para a coleta dos dados, lançou-se mão de um questionário eletrônico enviado aos gestores das áreas de Saúde Mental dos 54 municípios pertencentes à macrorregião eleita à pesquisa. As questões abordadas no instrumento eram relativas à RAPS, ao NASF e à organização da abordagem à Saúde Mental. Em seguida, foram realizados 12 Grupos Focais (GF) com profissionais da APS e 12 entrevistas semiestruturadas com profissionais de Saúde Mental do NASF que matriciam a APS em questão. O material coletado foi analisado com ferramentas da estatística descritiva e com a Análise de Conteúdo. Por fim, foi realizado um evento para devolutiva dos dados para os gestores e demais profissionais da região ampliada. **Resultado:** A aplicação da metodologia proposta ao recorte em estudo possibilitou uma série de constatações acerca da ação do NASF na macrorregião ampliada Oeste. Primeiramente, no



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

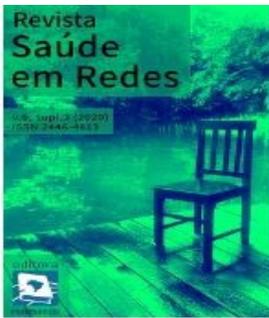
entanto, é importante analisar o contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Região Ampliada eleita à pesquisa. A área analisada conta com 27 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 12 Ambulatórios de Saúde Mental e 2 serviços de Residência Terapêutica. A ESF está presente em 86,62% dos municípios e o NASF em 62,96% deles. A macrorregião apresenta, ainda, um índice de 1,71 CAPS/100.000 habitantes. No entanto, 14,49% da população não possui acesso a este serviço. No que se refere ao perfil das demandas em Saúde Mental encontradas nessa macrorregião, é perceptível uma gama de questões que exigem a atenção dos setores de saúde. Temáticas como a violência intrafamiliar, divórcio, morte e abandono configuraram-se como fatores predisponentes ao desenvolvimento de ansiedade, depressão, alcoolismo e ao uso de drogas ilícitas. Uma vez compreendido o cenário no qual a macrorregião oeste se insere, é preciso analisar o modo com os profissionais da APS que participaram dos Grupos Focais percebem e vivenciam tal realidade. Foi relatada a dificuldade de compreensão e de abordagem das demandas de Saúde Mental vigentes, declarando a defasagem em suas formações no que se refere a essa temática. Contudo, apesar das necessidades evidenciadas em auxílio nesse manejo, foi perceptível um conhecimento de natureza superficial da proposta de atuação do NASF. Em função da ausência de clareza nas atribuições destinadas ao profissional de referência em Saúde Mental do Núcleo, foi recorrente a associação da figura deste especialista ao papel de supressão das deficiências da assistência ao sofrimento psíquico. Já no concernente aos relatos coletados nas entrevistas dos profissionais pertencentes à Saúde Mental do NASF, destacaram-se aqueles atribuídos a dificuldades da gestão, como a alta rotatividade dos profissionais, a ausência de diagnóstico do território, a carência de uma política de saúde mental e planejamento das ações. Ademais, declaram também perceber uma fragmentação na RAPS, justificando tal afirmativa à falta de comunicação entre os serviços que compõe a rede. No que tange à distribuição das tarefas dos profissionais do NASF, percebe-se uma predominância nas atividades de assistência. Desse modo, propostas de ações intersectoriais, ações de humanização e grupos, visitas domiciliares, consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos singulares e matriciamento contam com uma parcela menor de exercício, sendo realizadas de modo esporádico e em caráter informal, além de não serem incorporadas à prática cotidiana na maioria dos municípios. Além disso, os profissionais identificam a persistência de uma cultura na qual a internação ainda é priorizada. Tal conduta, por sua vez, é impulsionada pela existência de um grande número de comunidades terapêuticas. Contudo, apesar das dificuldades relatadas pelos profissionais à implementação de abordagens mais adequadas ao cuidado com a Saúde Mental, os entrevistados consideram o NASF uma ferramenta importante na mudança da lógica das intervenções. Considerações finais: Mediante o exposto, percebe-se que os resultados da pesquisa evidenciam a existência de gargalos a serem superados com vistas a um diálogo efetivo entre o NASF e a APS. Dentre os obstáculos vislumbrados destaca a insciência acerca de como essa articulação deve ocorrer de modo a produzir resultados reais na vida dos usuários e profissionais envolvidos. Tal clarificação precisa ocorrer em âmbitos diversos, devendo abranger desde os profissionais da porta de entrada da APS, como a equipe de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), até as estâncias superiores de gestão do setor.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Ademais, situações como a fragmentação dos serviços prestados pelo NASF e a realização de manejos baseados em premissas incongruentes com as evidências atuais, carecem ser superados para que o usuário possa contemplar de um cuidado mais consistente. A partir disso, as ações dos especialistas vinculados ao NASF serão capazes de propiciar uma abordagem multidisciplinar e integral do usuário, atuando no combate à estigmatização do sofrimento mental e propondo ações concordantes com as proposições dos direitos humanos.



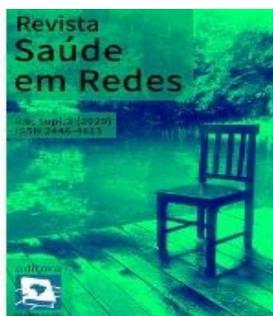
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9798

### DETERMINANTES CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS NO USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS COM DIFERENTES TIPOS DE FINANCIAMENTO: PÚBLICO, PRIVADO E PLANOS DE SAÚDE.

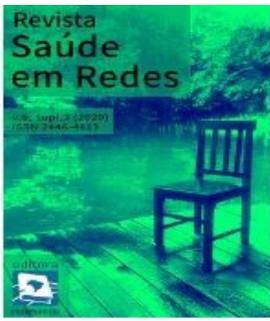
Autores: Douglas Rodrigues Gonçalves, Luciane Maria Pilotto

Apresentação: Há inúmeras iniquidades no uso de serviços de saúde no mundo, especialmente em relação aos serviços odontológicos. As doenças bucais são um grande problema de saúde pública mundial, e os sistemas de saúde não estão conseguindo atender as demandas, deixando milhões de pessoas sem acesso a serviços odontológicos básicos. O mix público-privado do sistema de saúde brasileiro pode facilitar o acesso e o uso dos serviços de saúde, uma vez que o cidadão pode escolher o serviço de acordo com sua possibilidade de pagamento. Por outro lado, pode aumentar as iniquidades no uso, já que apenas uma parcela da população pode pagar diretamente do bolso ou adquirir um plano de saúde. Além disso, a aquisição de plano de saúde pode elevar os gastos em saúde e não necessariamente melhorar as condições de saúde bucal dos beneficiários, pela limitação de cobertura dos planos. Assim, o estudo dos determinantes de uso é importante para o entendimento e desenvolvimento destes serviços, com o intuito de promover equidade, aumentar a eficiência e a qualidade destes serviços. Objetivo: Explorar as variáveis individuais e contextuais associadas ao uso dos serviços odontológicos, com diferentes financiamentos (público, privado e plano de saúde). Método: Estudo transversal, multinível, com dados nos níveis individual e contextual. Neste estudo, utilizamos uma versão adaptada do último modelo comportamental de uso de serviços de saúde de Andersen. As informações individuais foram obtidas da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010), com adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) brasileiros. A amostra foi composta de 9779 adultos e 7619 idosos. Utilizou-se uma amostragem complexa, selecionando grupos de 32 estratos (27 estratos constituídos por capitais estaduais e 5 estratos de municípios, de acordo com a população). Foi utilizado um processo de amostragem por cluster em dois estágios (setores censitários e domicílios) entre as capitais dos estados e em três estágios (municípios, setores censitários e domicílios) entre as não capitais. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As informações individuais foram coletadas por meio de questionário padronizado, exceto exame odontológico. Dados contextuais foram obtidos de diferentes sistemas públicos de informação para diversos indicadores, referentes aos 177 municípios brasileiros incluídos no SBBrasil 2010. Os determinantes contextuais e individuais foram agrupados em predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde, conforme preconiza o modelo de Andersen. A variável desfecho deste estudo foi o tipo de financiamento do último serviço odontológico utilizado, criada a partir da pergunta: "onde foi sua última consulta odontológica?". Como respostas as opções foram serviço público, serviço privado e por meio de plano de saúde. Apenas indivíduos que visitaram o dentista no último ano foram incluídos no estudo. Foram realizadas análises de regressão logística multinível, tendo os indivíduos no primeiro nível e os municípios no segundo. Resultado: A amostra final incluiu 17.305 indivíduos entre adultos e idosos. Devido à falta de dados, o modelo final de regressão



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

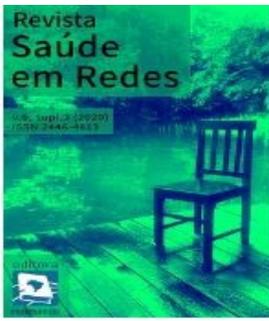
múltipla incluiu uma amostra de 15.713 (perdas de 9,2%). Em 2010, 38,6% da amostra consultou o dentista no último ano e, destes, 56,5% consultaram no serviço privado, 30% usaram o serviço público e 13,5% consultaram através de plano privado. Quanto menor o coeficiente Gini, maior a porcentagem de municípios onde os indivíduos utilizavam o serviço público. Quanto maior a população, menor o percentual de municípios em que os indivíduos analisados utilizavam o serviço público e maior o percentual de municípios em que os indivíduos analisados utilizavam o privado e o plano de saúde. A porcentagem de idosos e a pontuação das políticas públicas, exceto o saneamento para uso de serviços privados, não foram estatisticamente significantes. O aumento da taxa de cobertura das unidades de atendimento odontológico (UBS com odontologia) aumentou o percentual de municípios com indivíduos que utilizam o serviço público e reduziu o percentual de uso de outros serviços. De acordo com as características individuais, o uso de qualquer tipo de serviço foi maior nos indivíduos da faixa etária adulta e do sexo feminino. O maior percentual de uso dos serviços públicos foi entre os participantes com raça negra/parda, de 5 a 8 anos de escolaridade, muito insatisfeitos com os dentes e a boca e com necessidade de tratamento. O uso do serviço privado ou por meio de planos de saúde foi maior nos indivíduos brancos, com maior escolaridade, maior renda, mais satisfeitos com a boca ou com os dentes e que não perceberam necessidade de tratamento. O aumento da cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF) aumentou o uso do serviço público, reduziu o uso de serviço privado e não interferiu no uso pelo plano. A presença de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) nos municípios aumentou o uso do serviço público e não interferiu no uso dos demais serviços. Ainda, o aumento do percentual de cobertura da população por plano privado de saúde reduziu o uso do serviço público, aumentou por meio do plano, e não interferiu no serviço privado. **CONSIDERAÇÕES:** Os determinantes do uso de serviços odontológicos não foram os mesmos para os diferentes tipos de financiamento (público, privado e plano de saúde). As variáveis contextuais apresentaram maiores diferenças entre o uso dos serviços. Entre as variáveis contextuais, é importante destacar que o aumento do percentual da população com plano de saúde aumenta o uso pelo plano, o que é esperado, mas diminui o uso no SUS. Isto mostra que há concorrência entre os dois sistemas de financiamento. Ainda, a presença de centro de especialidades odontológicas fez com que os idosos usassem mais o SUS, provavelmente pela oferta de próteses, já que os planos normalmente não cobrem estes procedimentos. Algumas variáveis individuais foram semelhantes para o uso dos serviços nos diferentes financiamentos, como renda, escolaridade e motivo da consulta sendo extração, no entanto, o efeito foi inverso para o sistema público comparando com os demais, sendo que indivíduos na pior situação consultaram mais o SUS. Estes achados também mostram as iniquidades no acesso de acordo com os diferentes financiamentos. No caso do Brasil, os serviços de saúde privados e por meio de planos não superam as fortalezas do sistema público brasileiro, ainda que o SUS não alcance todas as suas potencialidades, sendo necessário seu fortalecimento para que todos os cidadãos tenham acesso a todos os serviços. É necessário maior rigidez na regulamentação dos planos de saúde, para evitar gastos excessivos em saúde, tanto dos beneficiários, pelo pagamento da mensalidade, quanto do Estado, pela desoneração fiscal ou subsídios oferecidos a famílias e empresas.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Por fim, é indispensável defender sistemas públicos universais de saúde, equitativos e não discriminatórios, para todos. No caso brasileiro, esse sistema já existe – é o SUS – e é preciso defendê-lo, entendendo que a saúde é direito social e dever do Estado.



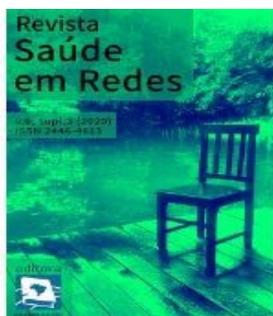
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9800

### MONITORAMENTO DA COMPLETUDE DA CADERNETA DA GESTANTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

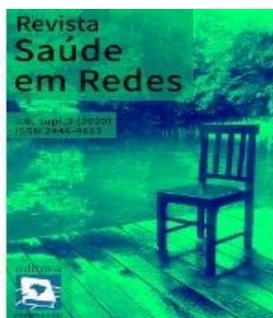
**Autores:** Melissa de Mello, Raquel Santos de Queiroz, Bruna De Souza Resende, Myrian Coelho Cunha da Cruz, Odila Dias Curi

**Apresentação:** A Caderneta da Gestante é um instrumento da Rede Cegonha que permite comunicar, para os diversos pontos de atenção, o histórico do atendimento pré-natal, do parto e do puerpério. Os registros neste documento visam informar à maternidade sobre o atendimento pré-natal realizado e, ao mesmo tempo, permitir a expressão de saberes, sentimentos e emoções de gestantes e parceiros. A diversidade de registros na Caderneta é fundamental para a atenção humanizada. Dessa forma, é essencial o registro adequado, pela equipe de saúde, das informações solicitadas pela caderneta para a tomada de decisões, e evitar repetição ou omissão de procedimentos e facilitar a comunicação transversal dos serviços. A fim de proporcionar melhoria na comunicação da Rede Cegonha em Niterói, foi proposto pelo PAISM/DESUM/VIPACAF/FMS, com apoio das enfermeiras residentes em Saúde Coletiva da UFF, a avaliação da qualidade das informações registradas, por meio de análise da completude dos campos de preenchimento da Caderneta da Gestante (Ministério da Saúde), no momento da alta da maternidade. **Desenvolvimento:** A verificação do preenchimento dos campos da Caderneta da Gestante (MS) foi realizada por meio de instrumento próprio de coleta de dados em três etapas, pelas residentes: dezembro de 2018, junho de 2019 e em janeiro de 2020. No momento da alta da Maternidade Municipal Alzira Reis, era apresentado às puérperas o objetivo do trabalho de monitoramento da completude da Caderneta e sua importância. O termo completude refere-se ao grau de preenchimento de cada categoria disponível, e a quantidade de registros pode ser classificada utilizando pontos de cortes no percentual de preenchimento. Foram adotados os graus: Excelente (mais de 95% de registros preenchidos); Bom (de 95% a 91% de registros preenchidos); Regular (de 90% a 81% de registros preenchidos); Ruim (de 80% a 50% de registros preenchidos); e Muito Ruim (menos de 50% de registros preenchidos). Foram verificadas as Cadernetas da Gestante (MS) de puérperas em alta da Maternidade Municipal Alzira Reis, independente da faixa-etária, que realizaram o Pré-Natal na rede pública do município. As Cadernetas de mulheres não residentes de Niterói, que realizaram o Pré-Natal em outro município ou na rede particular, ou não aceitaram participar do estudo não foram avaliadas. **Resultado:** Durante 24 visitas à MMAR, as residentes encontraram 114 puérperas de alta, sendo 30 em dezembro de 2018, 35 em junho de 2019 e 49 em janeiro de 2020. Dessas, 60 cadernetas foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão, 20 em cada período. O perfil das puérperas que disponibilizaram a Caderneta da Gestante é o de mulheres entre 20 e 24 anos (40%), de raça/cor autodeclarada parda (52%), que concluíram o ensino médio (47%). A maioria delas realizou o Pré-Natal em módulos do PMF (60%), e 83% delas tiveram seis consultas ou mais. Em relação ao parto, 76% dessas puérperas pariram por via vaginal. Para a análise da completude da Caderneta foram agrupadas sete dimensões da Caderneta: Identificação; Antecedentes (Gestacionais, Clínicos e Obstétricos); Gestação Atual;



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

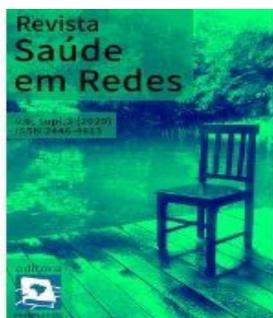
Consultas de Pré-Natal; Exames, Tratamento, Suplementação e Imunização; Ultrassonografia; Dados do Parto; e Outras informações. Nas variáveis da dimensão Identificação, o registro do “Nome” foi a única que obteve a classificação Excelente. Itens básicos como “Raça/cor”, “Estado civil/união”, “Instrução/escolaridade” e “Unidade de Saúde do Pré-Natal” tiveram a classificação de registro Ruim. E a variável “Serviço de saúde indicado para o parto”, que indica para a gestante onde ela deve se dirigir quando estiver em trabalho de parto está classificado como “Muito Ruim”. O preenchimento das variáveis de Antecedentes (gestacionais, clínicos e obstétricos) variou de Excelente a Muito ruim, predominando a classificação Ruim, que foi encontrada em 13 das 20 variáveis disponíveis. Essa dimensão contém informações como: “DM (familiar)”, “HAS (familiar)”, “DM (gestação anterior)”, “HAS (gestação anterior)”, “Cirurgia Pelv. Uterina”, “Gestação anterior 1 ano”, que obtiveram um desempenho ruim em sua completude. A análise do preenchimento correspondentes à dimensão Gestação Atual indicou que dentre as trinta variáveis, vinte e nove delas apresentaram uma completude Ruim ou Muito Ruim. A “DUM”, que teve seu preenchimento ruim na 1ª etapa e Regular na 2ª, apresentou Excelência na 3ª amostra. Em contrapartida, informações de “Gravidez planejada”, “Fumo/nº de cigarros”, “Álcool”, “Violência Doméstica”, “Sífilis”, “Febre” são exemplos importantes que foram preenchidos de maneira muito ruim, e interferem diretamente na assistência ao Pré-Natal dessa mulher. A categoria Consultas de Pré-natal teve uma variação de Bom a Muito Ruim. As variáveis foram analisadas por três perspectivas: preenchido em todas as consultas; preenchido em algumas consultas; e sem preenchimento. Destaca-se que dos itens analisados, 5% das cadernetas não continham nenhum preenchimento no item “Queixa”, 3% sem nenhum preenchimento sobre “Peso”, 20% sem nenhum preenchimento sobre “Edema” e 17% das cadernetas não tinham “Assinatura do Profissional” que realizou a consulta. No preenchimento das variáveis correspondentes a dimensão Exames, predominou a classificação Ruim de completude, sendo que foi considerado o registro de pelo menos um exame para cada tipo. Exames como “Sífilis Teste Rápido”, “VDRL”, “Hepatite B/HBsAg”, “Urina EAS”, “Hemoglobina/hematócrito” e “Urinocultura”, que são preconizados pelo Ministério da Saúde, foram considerados Ruins. O preenchimento das variáveis correspondentes a dimensão de Dados do Parto variou de Ruim a Muito Ruim. O item “Tipo de parto”, “Sangramento”, “Alta na Maternidade”, “Apgar 1º minuto”, e “Apgar 5º minuto” foram os que receberam a classificação Ruim. Enquanto que “Intercorrências no parto” e “Medicamentos usados” foram preenchidos de forma Muito ruim. Cabe destacar que em relação ao “Peso na alta” do Recém-nascido teve a pior classificação de preenchimento, porém pode ser explicada pelo fato que na maioria das situações a alta do Recém-Nascido é dada posteriormente a alta da Puérpera. Em Outras Informações, cabe destacar que Consulta odontológica, Espaço destinado ao parceiro, Mobilograma, Pré Natal do Parceiro, Visita à maternidade, Acompanhamento Nutricional e Atividades educativas, em todas as amostras, apresentaram um resultado Muito ruim. Essas variáveis permitem a reflexão a cerca do diálogo que há entre o profissional que atende a gestante e a sua relação com a caderneta, sendo importante enfatizar para a gestante que a caderneta é um instrumento que a pertence e que ela pode registrar suas dúvidas, seus anseios e dividir com a rede. Considerações finais: Uma vez que a Caderneta da Gestante é um instrumento da



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Rede Cegonha que permite comunicar, para os diversos pontos de atenção, o histórico do Pré-Natal, do parto e do puerpério, monitorar a adequação do preenchimento dos registros se tornou necessário para entender o funcionamento do Pré-natal em Niterói. Dessa forma, podemos afirmar que há um baixo preenchimento de informações básicas da Caderneta da Gestante, que pode implicar em um comprometimento da qualidade da Rede Cegonha no Município. Ao comparar as amostras de cada período, certas variáveis como “Gesta”, “Aborto”, “Partos”, “Partos Vaginais”, “Cesareas” apresentaram classificações melhores do que o período anterior. Em contrapartida, os Dados do Parto, como “Tipo de Parto”, “Motivo de cesárea”, “Episiotomia” e “Sangramento” manifestaram piora no preenchimento. É importante destacar que o trabalho proveniente da primeira amostra foi apresentado para a Rede de Saúde em duas ocasiões, nos meses de fevereiro e junho, pela residente Bruna Resende, no NEPP e na MMAR, respectivamente. A segunda amostra foi apresentada no NEPP, em novembro, pela residente Raquel Queiroz. E a terceira amostra está em processo de finalização para apresentação pela residente Melissa de Mello. A apresentação possibilita a discussão e a reflexão do processo assistencial em rede de forma crítica da captação precoce, pré-natal, parto e puerpério por todos os agentes envolvidos, desde a Rede Básica, Laboratório, Assistência Farmacêutica, Coordenação IST e IST/Aids e Hepatites Virais e Maternidade. Estimula-se, nesse processo, a qualificação da atenção à saúde de Mulheres, por meio de discussões críticas e debates nas unidades de saúde. Aguarda-se o retorno de pleito para ampliar a ação de monitoramento para maternidades do município de Alto Risco.



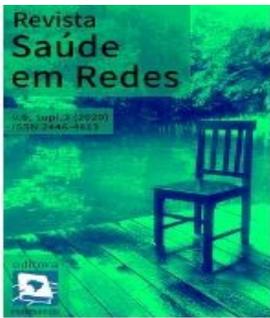
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9802

### ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE (RS) EM MEIO A UMA CRISE NO INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

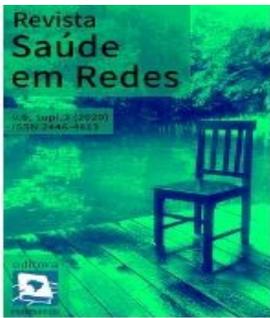
Autores: Gabriele Araújo, Luciane Pilotto

Apresentação: Como parte do currículo obrigatório do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), é proposto aos estudantes do último ano que realizem estágio curricular supervisionado em serviços de atenção primária à saúde (APS) do município de Porto Alegre e região metropolitana. Em 2019, como resultado de uma longa batalha judicial, a lei que criou o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), órgão que opera a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Porto Alegre, foi definida como inconstitucional, gerando entre outros transtornos, a ameaça de demissão dos profissionais de saúde que recebem a maioria dos estudantes no estágio curricular em seus locais de trabalho. Os objetivos do estágio são proporcionar ao estudante o conhecimento, o estabelecimento de vínculos e a análise crítica dos processos de trabalho em Saúde Coletiva, inter e transdisciplinarmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como instigá-lo ao desenvolvimento de ações em nível de diagnóstico, planejamento, execução e avaliação dos serviços. Destacam-se como objetivos específicos o conhecimento das políticas de descentralização e cidadania que propiciam novas práticas de saúde no Brasil; compreensão da estrutura, funcionamento e a organização do trabalho na APS e participar dos processos de trabalho no SUS, considerando os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no que diz respeito ao acolhimento, ao vínculo, à integralidade, à descentralização e à participação da comunidade na organização da atenção básica, incluindo a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além de, no âmbito da saúde bucal planejar e desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde necessárias à manutenção e restabelecimento da saúde bucal da população de referência, considerando a disponibilidade dos espaços físicos, a atuação conjunta com os diversos profissionais que compõem a equipe nas Unidades de Saúde e áreas adscritas e desenvolver atividades de diagnóstico, planejamento e intervenção clínica adequadas a cada plano terapêutico. O IMESF, foi criado em 2011 é responsável pela implantação e qualificação das Equipes de Saúde da Família, a fim de ampliar o acesso da população aos serviços e prestar atendimento à população de forma humanizada, integral e contínua, de acordo com o preconizado pela APS. E tem como finalidade operar a rede integrada e articulada da Estratégia da Saúde da Família em Porto Alegre, sob a forma de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa que favoreçam o aperfeiçoamento da ESF, melhorando a qualidade assistencial oferecida aos municípios. Em Setembro de 2019, após uma longa disputa judicial que se estendia desde sua criação, por se tratar de uma fundação pública de direito privado, a lei que criou o IMESF foi considerada inconstitucional pelo Supremo Tribunal de Justiça (STF), e como consequência da decisão do STF, ficariam anuladas todas as suas relações jurídicas, inclusive as contratações dos profissionais. O objetivo deste trabalho é relatar as vivências dos estudantes de odontologia



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

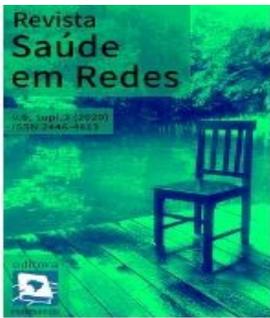
durante a realização do estágio curricular realizado no período de agosto a dezembro de 2019 em meio à crise do IMESF. Os trabalhadores receberam em seus e-mails institucionais uma carta informando sobre a decisão do STF, um agradecimento geral pelos serviços prestados e a informação de que a documentação referente às demissões em breve começaria a ser recebida. A notícia foi recebida com muita consternação por parte dos funcionários, que esperavam mais sensibilidade da parte contratante ao tratar da demissão de mais de 1.840 pessoas, bem como que houvessem mais esforços na tentativa de reverter a decisão do Supremo até se esgotarem as possibilidades. Após o anúncio referente ao fim do IMESF e a ameaça das demissões, foram realizadas assembleias entre os trabalhadores, manifestações públicas e recorreram aos sindicatos em busca da chance de pleitearem uma solução junto a prefeitura, que não fosse o plano emergencial divulgado pela mesma, que considerava a entrega da saúde pública a alguma Organização Social (OS). Os trabalhadores, desolados, foram atingidos de diversas maneiras durante esse processo, de início, grande parte da população não entendia a situação e descontava o medo de que as UBS fechassem nos trabalhadores. Os estagiários e a Universidade se sensibilizaram com o momento enfrentado pelos profissionais e se colocaram em defesa do SUS, do cumprimento das diretrizes da ESF e dos trabalhadores do IMESF, através de uma carta aberta os acadêmicos manifestaram seu apoio e puderam se unir a suas equipes nas diversas manifestações que ocorreram no período. Também foi bastante marcante a participação dos demais trabalhadores da saúde pública do município e de parte dos mais de 500.000 pacientes atendidos pelo IMESF. O funcionamento das atividades em cada UBS ocorreu de acordo com a situação das equipes e suas organizações internas, em algumas interrompeu-se a marcação de consultas futuras, devido a incerteza da possibilidade de cumprimento das agendas, em outras os serviços eram oferecidos apenas por demanda espontânea, com cancelamento das agendas imediatamente a partir do anúncio da extinção do Instituto. Houve também grande queda na busca de atendimento, pois a população receava chegar a unidade de saúde e encontrá-la fechada, devido a um grande terrorismo midiático. Os eventos causaram grande impacto sobre as comunidades e principalmente sobre os trabalhadores, que sentiam-se desvalorizados, pressionados e assustados com as incertezas do futuro. Em um breve levantamento em uma unidade de saúde, através de questionário anônimo com a equipe, mais de 65% da equipe relatou estar enfrentando crises de ansiedade, crises de estresse, crises de choro e insônia. Além disso, 89% da equipe relatou desânimo frente às atividades do cotidiano. Os estagiários das unidades do IMESF buscaram auxiliar as equipes, assumindo as responsabilidades que eram capazes, tanto em atendimentos clínicos e processos organizacionais como em informar os usuários sobre este complicado momento, que ainda segue em aberto para os trabalhadores que aguardam uma posição definitiva após alguns desdobramentos do caso, onde por hora ficam proibidas as demissões. Muitos destes campos de estágio ficam em uma regiões mais vulnerabilizadas na periferia da cidade e contam com equipes de saúde da família na modalidade simples composta por enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal composta por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. As vivências nas Unidades de Saúde foram bastante rica, apesar das condições enfrentadas no período tivemos a oportunidade de cumprir a maioria dos objetivos



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

propostos no estágio curricular, além de, em muitos locais, participar regularmente das reuniões de equipe, acompanhando de perto tanto as discussões acerca do cenário da população usuária, como dos protocolos e procedimentos recomendados pelas gerências distritais. As experiências durante o estágio curricular reforçaram a importância do trabalho em equipe, do enfrentamento de desafios e da busca pela melhoria da saúde da população de acordo com os princípios da APS. Ainda, os estagiários desenvolveram a autonomia na prática clínica, já que dentro da Universidade isto dificilmente acontece. Além do exercício de empatia para entendimento e apoio aos profissionais durante este difícil momento de extinção do IMESF que ainda está gerando muito desconforto e angústia aos profissionais que não sabem como será seu futuro profissional nem o futuro da APS no município de Porto Alegre.



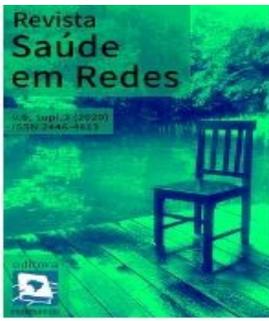
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9803

### MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO EM MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DA BAHIA: 2007 A 2016

Autores: Francine Brito Brasileiro de Castro; Daniel Dias Sampaio

Apresentação: A saúde sofre influência direta da situação socioeconômica e cultural de uma população. As Doenças do Aparelho Circulatório (DACs), com o aumento da expectativa de vida, tornaram-se as principais causas de óbitos no Brasil e no mundo, liderando as estatísticas de morbimortalidade, correspondendo a 31,8% do total de óbitos e 10% das internações em todo o país. Objetivo: Descrever a mortalidade por DACs em municípios do sudoeste baianos entre os anos 2007 e 2016. Método: O presente estudo trata-se de uma análise quantitativa, descritiva e observacional. Baseado em dados populacionais e de mortalidade coletados por meio do IBGE e SIM - DATASUS, respectivamente, durante o período de 2007 a 2016, em municípios do sudoeste baiano (Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caetanos, Cândido Sales, Mirante, Planalto, Poções e Vitória da Conquista). Foram consideradas as variáveis sociodemográficas, características dos óbitos por DAC, apresentados no capítulo IX do CID 10 e os códigos (I00 – I99) por residência e população estimada no período estudado. Foi realizada análise por meio da estatística descritiva considerando números absolutos e relativos, além das taxas médias e brutas de mortalidade dos municípios envolvidos. Resultado: As DACs encontram-se em primeiro lugar como causa de morte em municípios do sudoeste baiano, contando com 7559 óbitos (24%), seguida por Causas externas 4765 (15,1%) e Neoplasias 3662 (11,6%). O perfil dos óbitos por DACs mostra o sexo masculino como o mais acometido, constando com 3954 (52,3%) óbitos, a cor/etnia branca apresentou 4525 (59,9%), estado civil solteiro 2625 (34,7%), na faixa etária idosa (60 anos) 5849 (77,4%), com nenhum grau escolaridade 2544 (33,7%), tendo maior ocorrência em hospitais 5339 (70,7%). As principais causas de óbito por DACs foram: doenças cerebrovasculares (I60 - I69) 2721 (36,0%), doenças isquêmicas do coração (I20 - I25) 1821 (24,1%), doenças hipertensivas (I10 - I15) 1404 (18,6%), outras causas 1610 (21,3%). Na região analisada, a taxa de mortalidade média por DACs, entre 2007 e 2016, foi de 1,41‰, com discreta redução na taxa de mortalidade estimada de 5,22‰ para 5,01‰, nos respectivos anos. Os três municípios com maior taxa de mortalidade média para esse período foram: Poções (1,66‰), Belo Campo (1,53‰) e Vitória da Conquista (1,46‰). Considerações finais: Este estudo demonstrou que as DACs são as principais causas de mortalidade nos municípios do sudoeste baiano, distribuídas de forma heterogênea, sugerindo assim a exposição dessas populações a diversos fatores de risco de aspectos culturais, demográficos, socioeconômicos e políticos. Além do acesso ao serviço de saúde que influenciam na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce dessas doenças.



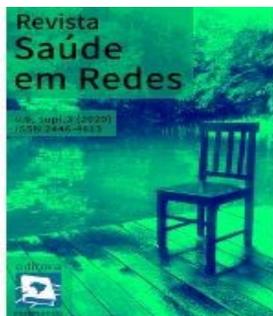
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9805

### O CUIDADOR E SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

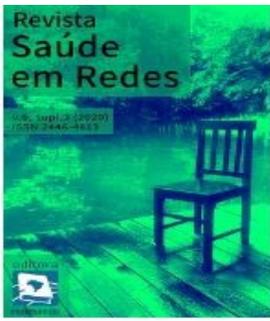
Autores: Ana Lúcia De Grandi, Kátia Santos de Oliveira, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Felix, Josiane Vivian Camargo de Lima, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Rossana Staeve Baduy, Regina Melchior

Apresentação: O universo do cuidado é amplo e não se pode deixar de lado o próprio cuidador e o contexto do cuidado de si. Para desenvolver o tema do cuidado do cuidador é necessário olhar para o próprio cuidador dentro do universo do cuidado, pois nenhuma vida pode subsistir sem cuidado (ANGELO, 2008). Neste estudo, reconhecendo o papel do cuidador como primordial no cuidado, buscamos acompanhar a rotina de cuidado que o cuidador produz para si e para o outro. Segundo Angelo (2008), um dos elementos essenciais do cuidado é dar sentido à vida, pois outros valores acabam agregados em torno do cuidado. Para Feuerwerker (2013), cuidar é um ato comum a todos os viventes animais e não somente aos humanos, pois cuidar está relacionado à produção de vida. O cuidado em saúde acontece no encontro, na relação com o outro, valorizando seus elementos subjetivos, sendo um encontro de subjetividades. Sendo assim, durante o atendimento em saúde, o profissional e o usuário se constituem e são inseparáveis, estão em relação. O cuidado somente pode ser produzido e consumido no momento do encontro, neste lugar e pelas pessoas nele envolvidos no ato do seu acontecimento (MERHY, 2006). Para o encontro, usuário e trabalhador trazem consigo suas subjetividades, e produzem afetações, que podem ser de dois tipos: uma afetação que causa alegria (paixões alegres) e que compõem os dois corpos, do usuário e do trabalhador, para a produção de vida, de cuidado e para a criação, deixando-os mais potentes para agir; ou pode ser uma afetação que cause tristeza (paixões tristes), que se restringe aos modos protocolares de cuidado em saúde, deixando os corpos menos potentes para agir e com menos produção de vida (DELEUZE, 2002). Quando a pessoa cuidada precisa de outra para apoiá-la, este encontro passa a contar com a subjetividade também deste terceiro, que é fundamental para o cuidado tanto quanto os outros e também é alguém com necessidades de saúde própria. Neste sentido, este estudo buscou olhar este cuidador, para dar visibilidade para o que acontece neste encontro entre equipe-usuário-cuidador. Desenvolvimento: Esta pesquisa faz parte do Observatório de Práticas de Cuidado em Redes Atenção Domiciliar e Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial de abordagem do campo é a pesquisa cartográfica. Cartográfica não no sentido usual da geografia, que busca retratar as paisagens na natureza com o maior detalhamento possível. Aqui o cartógrafo se debruça sobre as cenas sociais, não como algo estanque, mas como processos em movimentos que são, traçando linhas e intensidades relacionais de processos de subjetivação e disputas e reflete sobre o que o afetou no vivenciado. Compreende-se que no campo científico, essa abordagem pode instaurar um novo jeito de produzir conhecimento, criativo, artístico e que explicita a implicação do pesquisador/autor/cartógrafo com o campo pesquisado. Nesta pesquisa, para o trabalho de campo, utilizou-se um período de aproximadamente quatro meses de vivências com as equipes SAD de um município do sul do Brasil, seguido da escolha, em conjunto com as equipes, de um cuidador, que foi



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

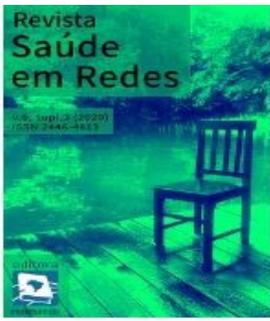
acompanhado por 14 meses. Para estudá-lo, utilizamos o conceito de usuário-guia, que é como um fio condutor pelo complexo labirinto do cuidado em saúde, ou seja, um dispositivo que permite olhar como o cuidado é realizado, a partir do olhar do usuário, no nosso caso da cuidadora. No trabalho de campo, foram produzidas narrativas dos trabalhadores do SAD, da atenção básica e da cuidadora-guia, no acompanhamento do seu cotidiano. Dessa forma, será relatado o período vivenciado com uma cuidadora-guia, aqui chamada de Maria. Resultado: Maria foi nos apresentada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que acompanhava João, seu ex marido. Maria era sua cuidadora, uma mulher que atendia as solicitações da equipe SAD, dos trabalhadores, querida e cuidada por eles, que passava por dificuldades financeiras e também com os filhos, que não auxiliavam no cuidado do pai. Os encontros de Maria com a equipe de trabalhadores do SAD eram potentes, produtores de cuidado e de vida, além de que o SAD era visto pela Maria como uma ajuda e fonte de suporte, tanto emocional, quanto de insumos. Após algum tempo deste acompanhamento no SAD, João recebe alta e passa ser acompanhado pela Atenção Básica (AB). Essa mudança gerou descontentamento por parte de Maria. Suas queixas estavam relacionadas ao tempo de espera por atendimento (tanto nas dependências da Unidade Básica de Saúde quanto na visita domiciliar), à falta de medicação e insumos na UBS. Segundo ela, o médico demorava vários dias para ir e, quando a visita acontecia, era sucinto demais, oferecendo pouca oportunidade de interação com Maria. Dessa forma, os encontros produzidos pela Maria com a equipe de trabalhadores da UBS não foram potentes, produziam paixões tristes, que diminuía sua potência de agir, deixando o corpo padecer, diminuindo sua produção de vida, se decompondo. Nessa perspectiva se torna a usuária que reclama e que traz problema para a equipe. Maria foi afetada de forma negativa nesses encontros com a AB e, como seu corpo possuía marcas dos encontros potentes e alegres com o SAD, sentia necessidade de voltar a ser atendida por este serviço. Para Deleuze (2002), quando dois corpos se encontram eles tanto podem se compor e formar um corpo mais potente, com vontade de agir, se tornando corpos desejanter, como podem se decompor e não sentir desejo. No encontro, os dois corpos são afetados para o bem e para o mal, para compor ou decompor. Dependendo da forma como a pessoa foi afetada, ela pode se apresentar com potência para agir ou para padecer. Esses afetos estão o tempo todo acontecendo, mesmo que muitas vezes nós não paramos para analisá-los. Dessa forma, podemos ficar anestesiados e nos distanciar dessa potência de vida, inibindo nossos atos, nosso cuidado. A Coordenadora da UBS que Maria frequentava, dizia entender as dificuldades dela e procurou fazer alguns arranjos para que esperasse menos ou que tivesse suas necessidades atendidas, porém admitia não ser possível dar-lhe uma assistência semelhante a do SAD. O movimento que a cuidadora construiu em torno da equipe SAD para também ser cuidada, não estava sendo estabelecido com a equipe da AB. As subjetividades eram outras, a organização do trabalho era diferente, outras estratégias de cuidado. Considerações finais: Ao refletir sobre a narrativa de nossa cuidadora-guia percebemos que o cuidado é um processo singular. Percebe-se que no momento do encontro, nem sempre se produz cuidado, pois dependendo da forma como o trabalhador estabelece as relações com o usuário, o encontro pode produzir variadas afetações, aumentando ou diminuindo a potência de agir do outro. Um ponto da rede de



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

atenção à saúde que tem como premissa o cuidado à saúde da família, precisa estabelecer vínculo com todos os familiares. Por outro lado, sabemos que os serviços atualmente contam com um número reduzido de equipes e profissionais, o que dificulta que a UBS consiga efetivamente cuidar de todo o território que é responsável. Porém, algumas estratégias podem ser utilizadas, como a aproximação entre as equipes do SAD e UBS. A comunicação entre as duas equipes e o cuidador poderia ser uma forma de aproximação e vínculo, deixando mais claro as suas necessidades de atenção e cuidado.



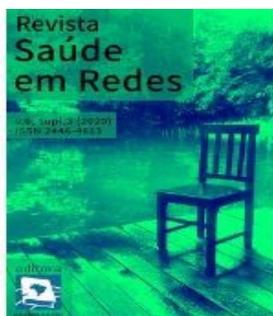
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9808

### VISITA DE ACOLHIMENTO DAS GESTANTES EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM BELÉM (PA)RÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

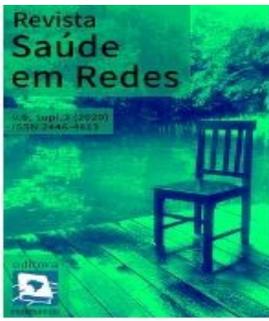
**Autores:** Leonardo Rodrigues Taveira, Ana Gabrielle Pinheiro Cavalcante, Renata Lafaiete Cardoso Paes, Sabrina Vieira Ricardo da Silva, Tatianni De Nazare Oliveira Jacob, Fabiola Santana de Oliveira Costa, Maria Clara Costa Figueiredo

**Apresentação:** A atenção ao acompanhamento pré-natal é indispensável para melhorar a assistência às gestantes, reduzindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal. Nesse acompanhamento as gestantes adquirem a confiança de que terão uma gestação de qualidade e bem observada. Cabe destacar, que durante o pré-natal as gestantes devem ser orientadas pelos profissionais a realizarem a vinculação à maternidade de acordo com o grau de risco. Essa vinculação é regulamentada pela Lei no 11.634 de 27 de dezembro de 2007, sendo de responsabilidade da equipe de saúde encaminhar a gestante para visita à maternidade. É de fundamental relevância a realização da visita programada para conhecer a maternidade, haja vista que nesse momento pode-se desenvolver roda de conversa com as gestantes abordando temas como: o trabalho de parto e sinais de alerta; a importância do parto normal; os horários de visitas; e os direitos das gestantes. Nesse contexto, é de fundamental relevância que durante o atendimento à gestante ocorra o acolhimento, a escuta atenta às dúvidas e aos anseios da mulher, a inserção da família e/ou do acompanhante nas diferentes etapas, sobretudo na valorização de cada evento da mulher. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), e propõe a qualificação nos campos de atenção ao parto e nascimento entre outros aspectos que permeiam a saúde da mulher. O projeto visa produzir efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, delineada por uma ética do cuidado baseada nas relações, que são a fonte primária que sustenta as profissões da saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na realização da visita de acolhimento das gestantes em uma maternidade de referência em Belém (PA)rá. **Desenvolvimento:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, que foi realizado por acadêmicos do sétimo semestre de enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), a partir do projeto de extensão “Inserção do enfermeiro na visita de acolhimento das gestantes à maternidade de um hospital de média e alta complexidade, referência em cardiologia, nefrologia e psiquiatria, como parte integrante do projeto Apice On”. As ações foram realizadas em um hospital de ensino, em Belém (PA)rá, no período de outubro a novembro de 2019, com as gestantes na sala de palestras ou na sala de espera do hospital. As rodas de conversas foram realizadas pelos acadêmicos de enfermagem sob a supervisão das enfermeiras da UFPA e do hospital, as quais também prestavam apoio sanando algumas dúvidas das gestantes sobre o serviço do hospital, e sobre as questões envolvendo o processo gestacional e o trabalho de parto. Como recurso didático foi utilizado uma cartilha elaborada pelos integrantes do projeto, a qual foi intitulada “Visita de Acolhimento Informativos para Gestante”. Com esse material orientávamos sobre os



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

informativos do hospital e como ter acesso aos serviços obstétricos, a equipe que estava disponível para atendê-las, os documentos que elas deveriam sempre ter em mãos, os sinais de trabalho de parto e quando elas deveriam procurar a maternidade, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor e as melhores posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto e parto, quais os objetos que elas deveriam levar para o bebê e para elas durante a estadia no hospital, sobre os direitos que elas tem durante todo o pré-natal e no trabalho de parto e algumas informações sobre as normas do hospital. No início de cada ação as gestantes e seus acompanhantes receberam as cartilhas e com o apoio desse recurso didático foi possível realizarmos rodas de conversa com os mesmos e no decorrer da explicação da cartilha dávamos espaço para os participantes opinarem sobre o assunto, contarem experiências dos partos anteriores e manifestarem suas dúvidas, bem como se estavam compreendendo o que estava sendo discutido ou se precisávamos mudar algo da cartilha e na metodologia. Após a apresentação e explicação da cartilha os participantes eram convidados a visitar a Clínica Obstétrica e o Centro Obstétrico do hospital e desse modo também puderam conhecer alguns profissionais e como funciona o serviço na prática. Ademais reforçávamos também sobre a importância dos acompanhantes na participação das ações para que eles ficassem cientes dos direitos das gestantes e de como funcionava o serviço do hospital, bem como a importância da sua presença durante o trabalho de parto. Resultado: O projeto beneficiou 11 gestantes, todas com gestação de alto risco, além de cinco acompanhantes. As rodas de conversas demonstraram resultados positivos no que se refere a participação das gestantes e seus acompanhantes, haja vista que todos que participaram sentiram-se estimulados a conversar e expressar suas opiniões, dúvidas e medos. No final de cada ação as gestantes e seus acompanhantes agradeceram pelo trabalho desenvolvido e revelaram estar muito satisfeitos com os conhecimentos adquiridos acerca dos sinais dos trabalhos de parto, como saber o momento certo de ir para o hospital, métodos não farmacológicos para o alívio da dor e principalmente sobre os direitos das gestantes. Cabe ressaltar que as gestantes que já tiveram gestações anteriores nos relataram que foi a primeira vez que participaram desse momento de visita de acolhimento no hospital onde tiveram seus partos e devido as informações recebidas estavam mais seguras e tranquilas, pois “estar em um ambiente familiar e conhecer os profissionais antecipadamente é muito importante para cessar ou diminuir a tensão do momento do trabalho de parto e parto”. Considerações finais: As ações desenvolvidas juntamente com a utilização de material ilustrativo informativo possibilitaram as gestantes solidificarem os conhecimentos sobre os seus direitos, sobre os fatores que regem a autonomia e independência, no pré-natal, no trabalho de parto e pós-parto. Neste sentido, os benefícios que esses conhecimentos agregam na vida das gestantes são fundamentais, pois diminuem o estresse, a ansiedade e o nervosismo, pelo fato das mesmas terem uma apresentação previa do local em que irão ter os seus bebês, e não menos importante, conheceram a equipe multiprofissional que estará disponível para recepcioná-las. Por tais motivos o projeto mostra-se essencial na implementação de um serviço básico do SUS, pois o acolhimento dos usuários é fundamental para a viabilização dos seus serviços.



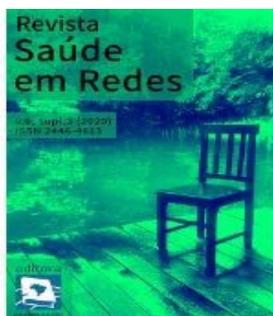
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9811

### BARREIRAS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO VERTICAL AOS PACIENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

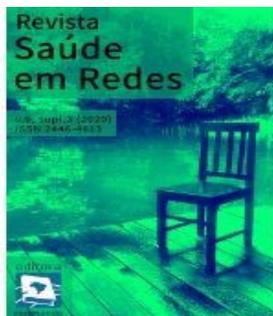
**Autores:** Amanda Morais Polati, Jenyfer Regonini Schineider, Ana Paula Santana Coelho Almeida, Thiago Dias Sarti

**Apresentação:** Ao realizar-se uma análise dos sistemas de saúde, é imprescindível abordar a questão da fragmentação dos serviços de saúde, uma vez que a mesma pode ocasionar dificuldades no acesso, serviços de baixa qualidade técnica, descontinuidade do cuidado, uso irracional dos recursos disponíveis e baixa satisfação dos usuários com serviços recebidos. Neste sentido, a coordenação do cuidado tem sido apontada na literatura nacional e internacional como atributo fundamental na organização de sistemas de saúde, sendo associada a melhorias na prestação do cuidado, no acesso, qualidade e continuidade da atenção, integrando serviços e ações entre diferentes níveis do sistema de saúde. Sendo assim, evidencia-se que usuários portadores de condições crônicas, como diabetes e hipertensão, são conhecidos como usuários frequentes do sistema de saúde, sendo mais suscetíveis a experimentar um cuidado fragmentado. Portanto, tem sido demonstrado que a coordenação do cuidado configura-se como um atributo central na atenção a pacientes com condições crônicas. Entretanto, ainda é um desafio coordenar o atendimento entre diferentes prestadores do sistema de saúde, o que pode contribuir para a prestação de um cuidado fragmentado. Neste sentido, realizou-se uma revisão sistemática de estudos mistos da literatura afim de identificar as barreiras para a coordenação do cuidado vertical, ou seja, entre diferentes níveis assistenciais, aos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou suas complicações (ex: retinopatia, nefropatia, acidente vascular encefálico etc.). **Desenvolvimento:** Foi realizada uma revisão sistemática de estudos mistos da literatura, onde foram incluídos artigos publicados em revistas científicas e/ou dissertações de mestrado e teses de doutorado. Incluiu-se investigações empíricas, de abordagem quantitativa e/ou qualitativa, que discorressem acerca das barreiras para a execução da coordenação vertical do cuidado ao indivíduo portador de DM e/ou HAS e/ou suas complicações. Foram excluídos estudos realizados com crianças (18 anos de idade), revisões da literatura e/ou que não fossem ao encontro do objetivo do estudo. Não houve exclusão por língua ou data de publicação. A busca foi realizada nos meses de Outubro e Novembro de 2019, nas seguintes bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), acessada através do portal da PubMed; LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), acessada através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Internet of Science; e EMBASE (Excerpta Medica Database). A estratégia de busca foi elaborada a partir da consulta aos Mesh terms (Medical Subject Headings) para a pesquisa nas bases da MEDLINE e Internet of Science; aos Emtree terms (Embase subject headings), para a busca na EMBASE; e aos Decs (Descritores em Ciências da Saúde) para a busca na LILACS. A seleção dos estudos foi realizada por duas pesquisadoras através da leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos e, por fim, a leitura dos artigos na íntegra, sendo as discordâncias encontradas durante esse processo,



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

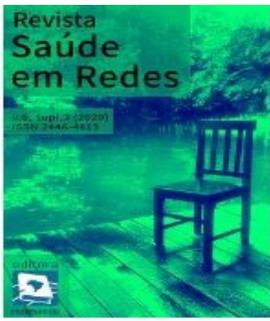
resolvidas por consenso. Além disso, uma das pesquisadoras realizou uma busca adicional no Google Acadêmico, além de rastrear as referências dos estudos incluídos até que nenhuma outra referência elegível fosse encontrada. Os dados dos estudos selecionados foram extraídos utilizando uma planilha do Excel elaborada pelos autores, sendo posteriormente, realizada uma síntese descritiva dos estudos de acordo com os principais resultados relacionados às barreiras para a coordenação do cuidado vertical aos indivíduos portadores de HAS e/ou DM e/ou suas complicações. Resultado: A partir da utilização da estratégia de busca elaborada, foram identificadas 5813 publicações, sendo 2643 encontradas na EMBASE, 2175 na MEDLINE, 738 na Internet of Science, e 257 na LILACS (19 na busca em inglês e 238 na busca em português). Após a eliminação dos estudos duplicados, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, permanecendo 91 estudos para a leitura na íntegra, sendo que destes, 11 foram selecionados para a análise final de acordo com os critérios de elegibilidade. Além disso, buscas complementares foram realizadas no Google Acadêmico, e a partir do rastreamento das referências dos estudos selecionados, sendo adicionadas mais 3 publicações, totalizando 14 estudos analisados nesta revisão (13 artigos e 1 dissertação). Os estudos incluídos nesta revisão foram publicados entre os anos de 2009 e 2019. Em relação ao cenário dos estudos, cinco foram realizados nos Estados Unidos, cinco no Brasil, três na Austrália e um na China. A partir da análise das investigações presentes neste estudo, evidencia-se algumas barreiras relacionadas à integração entre as distintas equipes e serviços que acabam impactando no desenvolvimento da coordenação do cuidado, como a debilidade no processo de referência e contrarreferência; a ausência de critérios, instrumentos e/ou protocolos para organização dos fluxos entre os diferentes níveis de atenção; a dificuldade de desenvolver um trabalho colaborativo em equipes multidisciplinares e que atuam em diferentes pontos de atenção com rotinas e normas diferentes; e a precariedade do processo de comunicação entre equipes e serviços, o que pode colaborar para uma dispersão do cuidado ofertado aos usuários. No que se refere à responsabilidade pela coordenação do cuidado, alguns estudos evidenciaram a existência de uma confusão sobre os papéis entre os provedores de cuidado no desempenho dessa coordenação. Em determinadas investigações realizadas no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a coordenação do cuidado como um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), constatou-se que o não reconhecimento da APS enquanto responsável por essa coordenação, seja pelos usuários ou pelos outros níveis de atenção, configura-se como um grande desafio para a coordenação vertical. Por fim, a ausência e/ou má utilização dos sistemas de informações de saúde, que garantem a disponibilidade dos registros de saúde informatizados, foi apontada com um desafio transversal para a efetivação da coordenação do cuidado. Considerações finais: Através da realização desta revisão foi possível identificar algumas barreiras que impedem a efetivação da coordenação do cuidado entre distintos níveis assistenciais. Em suma, evidenciou-se que as barreiras apontadas pela literatura configuram-se como um importante obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade. Neste sentido, destaca-se a necessidade da elaboração de um planejamento, políticas e ações estratégicas pela gestão, de acordo com



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

o contexto e modelo de organização de cada sistema de saúde, no sentido de avançar na integração dos diversos componentes dos sistemas.



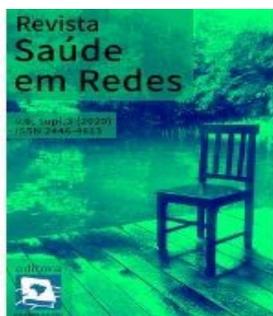
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9812

### ANÁLISE DA GESTÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

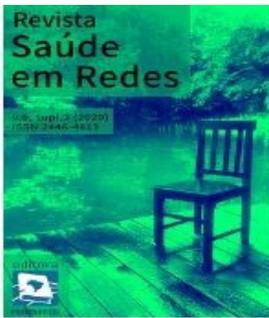
Autores: Michelle da Silva Pereira; Lidineusa Machado Araujo; Alvaro Augusto Macias Neto; Fernanda Rafael de Souza Rabelo da Costa

Apresentação: Os desafios para que o Programa Saúde da Família (PSF) se constitua em estratégia privilegiada de estruturação da atenção básica, com repercussões para o sistema de saúde, coincidem com as ambivalências do próprio SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população, num contexto de mercantilização da saúde. A ambiguidade presente no Saúde da Família, ora viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde, ora reproduzindo enfoques restritivos dos programas de saúde pública, centrados na epidemiologia das doenças de massas, figura como aspecto importante à discussão de mudança de modelo assistencial. Dentre as possibilidades à reorganização pretendida, destaque-se a produção de conhecimentos que contribuam para a análise da gestão do cuidado no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Entende-se por gestão do cuidado, como se verá a seguir, a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro. Nesse ensaio, questiona-se que referencial teórico-metodológico pode ser utilizado para analisar o potencial para autonomia do cuidado no processo de trabalho do PSF. Parte-se da premissa de que a análise do processo de trabalho em saúde centrado nas contradições da gestão do cuidado contribui para o desvelamento de potencialidades emancipatórias. Noutros termos, que o uso de referenciais que explicitem as relações de poder presentes no cuidado, permeado de tensão entre a tutela e a libertação dos sujeitos, parece válido para indicar cenários de autonomia no âmbito do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF). Como objetivos, têm-se: a discutir as contradições, possibilidades e desafios às mudanças da gestão do cuidado no PSF/Atenção Básica/SUS e propor um referencial teórico-metodológico para análise da gestão do cuidado no processo de trabalho do PSF. Faz-se um aprofundamento contextual sobre a necessidade de mudar a lógica com que se tem gerido os serviços e ações em saúde para atender as necessidades de saúde da população, tendo a Saúde da Família como eixo do reordenamento assistencial proposto, no nível da atenção básica/SUS. A partir desse panorama, constroem-se algumas dimensões, questões e parâmetros qualitativos que subsidiam a análise das relações de poder e autonomia presentes na gestão do cuidado em saúde. Método: Ensaio teórico-metodológico que sistematiza conceitos e abordagens centradas no método como caminho de construção do pensamento. Aprofundam-se concepções e revisões bibliográficas para delimitação de parâmetros e questões que auxiliem na análise da gestão do cuidado no âmbito do trabalho do PSF. As fontes de informação foram revisões de literatura sobre o tema, bem como produções bibliográficas sobre as categorias trabalho e cuidado, construtos centrais do estudo. Levantou-se artigos científicos publicados e disponíveis nas bases de dados bibliográficos, especialmente na BIREME e Scielo. Resultado: Adota-se aqui a terminologia



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

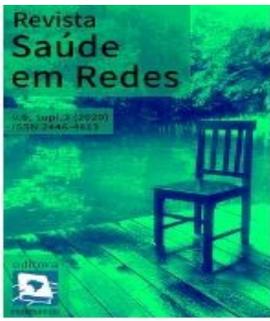
programa/estratégia para caracterizar a ambivalência entre mudança e conservadorismo que o PSF carrega, fruto da historicidade das políticas e modelos de atenção à saúde no Brasil. Acrescenta-se que qualquer linearidade entre a noção de programa ou estratégia é restritiva, porque ambas se precisam para negarem-se numa dimensão transformadora. As versões atuais de organização da atenção básica à saúde/ SUS evidenciadas a partir da implantação do programa/estratégia SF concentram um misto de avanço e retrocesso. Dessa forma, além do fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, responsabilizações partilhadas e promoção da autonomia, se a ESF estiver inserida num processo de educação, contar com condições adequadas de trabalho, bem como uma rede de média e alta complexidade do sistema de saúde operante, pode melhorar consideravelmente o acesso da população aos serviços. Entende-se por acesso a perspectiva ampla de atendimento às reais necessidades dos cidadãos, ou o quanto mais próximo disso os serviços conseguem se organizar, ampliando a acessibilidade dos mesmos. O foco na doença, nos procedimentos dissociados do contexto que os produzem e a visão linear do processo saúde-doença dominam o perfil de grande parte dos profissionais da ESF, fruto da formação tecnicista e pouco crítica. A mobilização das redes de solidariedade local e a forte penetração que o programa/ estratégia consegue obter, adentrando no espaço privado das relações familiares, é outro forte componente do trabalho da ESF. Poder-se-ia dizer que o avanço que o Saúde da Família melhor oportuniza se insere na interação do trabalho da equipe, onde o ato de cuidar se imiscui das diversidades de saberes que permeiam o locus privilegiado de atuação da ESF, a comunidade. A precariedade das relações de trabalho, as iniquidades sociais, a conjuntura econômica, as condições insalubres, os cenários de violência, as influências políticas locais, bem como as debilidades na formação dos profissionais, fazem parte da lógica capitalista que tem produzido retrocessos e avanços na política de saúde. Desse diálogo propõe-se a dimensão 'conjuntura do cuidado', cujo questionamento focaliza a conjuntura em que são geradas as relações de ajuda-poder no âmbito da ESF. Num segundo movimento, o 'cuidar para confrontar' revela as relações de poder em que o trabalho em saúde se insere no contexto histórico-social. Diz respeito aos atores que fazem parte da política, a participação e organização da sociedade civil, suas articulações, interesses, correlações de forças e significados. Trata-se da segunda dimensão, 'relações interinstitucionais', que questiona como os atores que fazem parte da ESF se articulam e disputam espaços na conformação das relações de ajuda-poder. A partir da conjuntura do cuidado e relações de poderes reveladas, propõe-se o resgate da autonomia de sujeitos para a construção de projetos próprios, permeada por relações de cuidado. Surge daí a terceira dimensão, ajuda-poder entre os sujeitos, cujo foco é perguntar se o trabalho do PSF tem propiciado maior oportunidade e liberdade de escolha nas ações que realiza. De modo geral, a literatura aponta avanços e retrocessos no processo de trabalho do PSF. As atitudes de rígida disciplina, verticalidade na abordagem à saúde, massificação de condutas, visão reduzida do processo saúde-doença e foco na 'doença coletiva' influenciam fortemente as práticas desenvolvidas, mesmo naquelas com potencial para mudanças. Ao mesmo tempo, observa-se inegável poder de mobilização desse programa/estratégia, capaz de influenciar dinâmicas tanto da área de abrangência, como do sistema de saúde. Esse traço, aliado ao vínculo de cuidado que



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

desenvolve com a população que atende, constitui o principal trunfo das ESF, sendo capaz de influir tanto nos espaços domésticos das relações privadas, quanto agora da cidadania pública e negociada. Considerando os desafios colocados para que o Saúde da Família se viabilize enquanto estratégia (re)ordenadora de relações de domínio, seja no âmbito da articulação entre serviços e níveis de atenção do SUS, seja no escopo da produção das ações em saúde (processo de trabalho), a politicidade do cuidado (gestão da ajudapoder na construção da autonomia de sujeitos) aparece como alternativa importante para orientar a ampliação de cidadanias. Nesse sentido, referenciais teórico-metodológico que contribuam para análise da gestão do cuidado no processo de trabalho do Saúde da Família, com foco na autonomia dos sujeitos envolvidos (sejam esses técnicos, gestores, profissionais de saúde, usuários ou comunidade), pode revelar as excentricidades, contradições, avanços e retrocessos desse programa/estratégia. Dentre outros aspectos, é possível verificar se o cuidado no processo de trabalho dos profissionais tende mais para o domínio autoritário ou para o partilhamento de poderes, entendendo-os complementares.



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9814

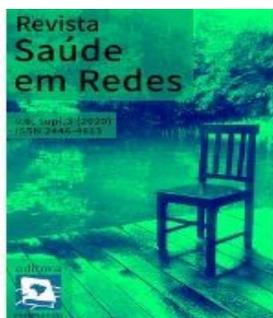
### BATALHA NAVAL: ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA CUIDAR DAS VULNERABILIDADES EM SAÚDE DA PESSOA COM CARDIOPATIA

**Autores:** KÁSSIA CARVALHO ARAÚJO, MARÍLIA APARECIDA DE ARAÚJO HOLANDA, CÁSSIO DA SILVA SOUSA, HELENA MÁRCIA DIAS RIPARDO, TATIANE DE SOUSA PAIVA, JEFFERSON DANTAS DA COSTA, KEILA MARIA DE AZEVEDO PONTE

**Apresentação:** O sujeito ao adquirir uma doença crônica, torna-se vulnerável as mais diversas condições, sejam elas individuais ou sociais. A perspectiva do cuidado ofertado ao paciente hospitalizado deve ir além do tratamento protocolado, abrangendo uma aproximação maior com o ser cuidado, buscando conhecer e entender os fatores que interferem no seu cotidiano devido as limitações da doença. Assim é possível identificar, orientar e intervir para que o paciente confronte as vulnerabilidades de maneira efetiva. Assim, objetivou-se descrever uma estratégia educativa para cuidar das vulnerabilidades em saúde da pessoa com cardiopatia.

**Desenvolvimento:** Trata-se de um relato de experiência realizado na enfermagem pós-cirúrgica de um hospital público especializado em cardiologia na Região Norte do Estado do Ceará em Outubro de 2019 com 09 pacientes com cardiopatia. Utilizou-se de uma estratégia educativa que compreendia uma releitura de batalha naval, de forma a contemplar as situações de adaptações dos novos hábitos de vida necessários para o tratamento da condição de saúde adquirida. O jogo consiste em um tabuleiro com 3 colunas verticais e 5 linhas horizontais na qual o objetivo do paciente é adivinhar em quais quadrados estão os corações com os novos hábitos que devem aderir, há também quadrados que são como bombas para o tratamento, como as vulnerabilidades na qual o paciente deve enfrentar para eficácia do mesmo. No decorrer do jogo eram identificadas as vulnerabilidades particulares de cada pessoa e era proposto um diálogo de orientações para minimização das mesmas.

**Resultado:** E /OU Resultado: Difundir o conhecimento para o paciente cardiopata acerca da sua situação saúde-doença é fator essencial a fim de que o cuidado prestado contribua nas suas novas adesões, para que o sujeito conviva da melhor forma com a sua enfermidade. Logo, por meio da estratégia educativa foi possível avaliar o paciente de forma integral e permitir o diálogo. Evidenciou-se que o letramento funcional, comportamento, as relações interpessoais, a situação psicoemocional, situação física, situação socioeconômica, contexto familiar e as redes de suporte social são vulnerabilidades em saúde que estão presentes nos pacientes com cardiopatias no ambiente hospitalar. Dessa maneira compreende-se que a dimensão da assistência perpassa o contexto patológico, e necessita que haja produção de cuidados que visem a pós hospitalização. Considerações finais: Destaca-se a importância de cuidar no ambiente hospitalar de forma a atender as necessidades biológicas que afetam a saúde, mas também identificar as vulnerabilidades em saúde por meio de estratégias educativas. Isso, permite fortalecer a individualidade do cuidado e ofertar uma assistência eficaz que refletirá adiante no quadro de adesão a reabilitação do indivíduo.



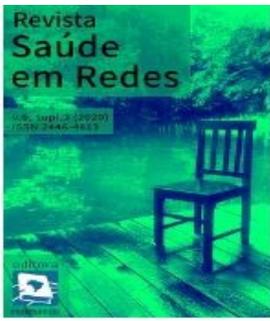
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9816

### OS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

**Autores:** Beatriz Duarte de Oliveira, Ruhan da Conceição Sacramento, Alicia Laura Lobo Modesto, Larissa Renata Bittencourt Pantoja, Stephany Siqueira Braga, Fernanda Cruz de Oliveira, Jeane Rodrigues Miranda Serrão

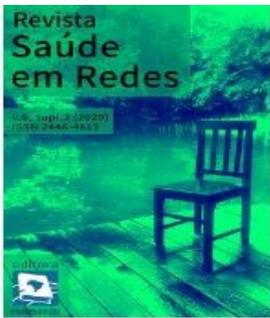
**Apresentação:** A violência contra a mulher é caracterizada por toda ação que cause dano, sofrimento físico, psicológico e sexual ou morte, seja em ambiente público ou privado. As principais formas de violência podem ser classificadas em 5 tipos: física, sexual, psicológica, simbólica e financeira. A violência contra mulher gera impactos na saúde em geral, podendo desencadear implicações na Saúde Mental (SM) como: depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, suicídio, uso de drogas, insônia, problemas alimentares, dentre outros. O objetivo deste trabalho é experiência de acadêmicos de Enfermagem frente à sensibilização de usuárias cadastradas em um centro de saúde escola sobre os tipos de violência contra a mulher e suas implicações na saúde mental. **Desenvolvimento:** trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em um centro de saúde escola, durante o estágio supervisionado em saúde coletiva. O presente trabalho foi alicerçado na metodologia da problematização com o arco de Maguerez, constituído por cinco etapas: observação da realidade, levantamento de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Seguindo as etapas do arco o interesse pela temática surgiu após a participação dos discentes em uma palestra sobre violência contra mulher, aliada a um diálogo informal com uma enfermeira do referido centro, a qual relatou que muitas usuárias desconheciam os distintos tipos de violência existentes, fatos confirmados durante as vivências dos alunos no setor de ginecologia e atenção à saúde da mulher. Abordar a violência e suas consequências para a SM das mulheres foram elencados como pontos-chave, na etapa de teorização foi realizado um levantamento bibliográfico acerca da temática. Como hipótese de solução os acadêmicos elaboraram uma tecnologia educacional e uma ação educativa. Na aplicação a realidade, primeiramente houve a explanação do tema proposto, em um segundo momento ocorreu uma dinâmica de reconhecimento e valorização pessoal, por fim, houve uma avaliação realizada pelas participantes acerca da ação educativa e houve então, a distribuição da tecnologia educacional que consistia em um folder. **Resultado:** Participaram da ação 16 usuárias que se encontravam na sala de espera do setor de ginecologia. Por meio da abordagem do tema e realização da dinâmica, percebeu-se que as usuárias foram sensibilizadas quanto ao tema proposto, bem como sobre a importância de se autovalorizarem. É importante destacar que as usuárias avaliaram a ação de forma positiva, assim, o retorno à realidade proporcionou a troca de conhecimentos, ratificando a essência das ações de educação em saúde ao informar e contribuir com o repasse de informações. **Considerações finais:** Atualmente, mesmo com os constantes avanços femininos nos diversos setores da sociedade, notícias de violência contra mulher e feminicídio ainda são frequentes nos meios de comunicação e mesmo com o amparo legal as causas femininas os números relacionados a essa temática são crescentes e alarmantes, devido



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

muitas vezes a fatores como o medo do agressor, do constrangimento e outros fatores de vulnerabilidade social. Nessa conjuntura, faz-se necessário a realização de ações educativas visando o intercâmbio de conhecimento e empoderamento, proporcionando a valorização do público feminino.



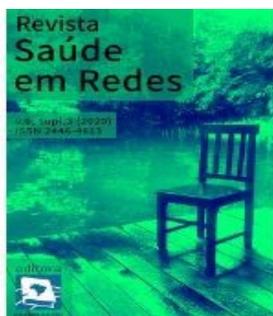
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9818

### VISITA DOMICILIAR REALIZADA A UM PACIENTE COM TUBERCULOSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

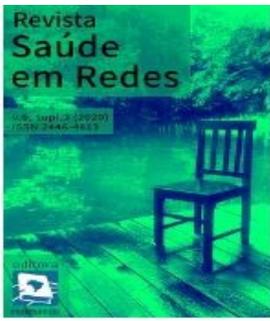
**Autores:** Luciana Emanuelle de Aviz, Jessica de Souza Pereira, Adrielly Cristiny Mendonça Fonseca, Daniel Lucas Costa Monteiro, Josiane Silva Moraes, Matheus Barbosa Oliveira, Lucas Vinicius Moraes Silva, Maria Rute Souza Araújo

**Apresentação:** A tuberculose (TB), é a principal doença infecto-contagiosa de origem bacteriana no mundo, na qual sua prevalência está relacionada ao baixo grau de escolaridade, alimentação deficiente e insuficiente, desemprego, habitação insalubre e a outros fatores associados à pobreza. O Brasil está dentro de um grupo de 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os quais, juntos, concentram 80% da carga mundial de TB. Aproximadamente dois bilhões de pessoas estão infectadas pelo agente *Mycobacterium Tuberculosis*. O principal reservatório da TB é o homem sendo transmitida de pessoa a pessoa por meio de gotículas de aerossóis. O espirro e a tosse de um paciente tuberculoso bacilífero lança no ar gotículas contendo no seu interior o bacilo. Quanto ao período de incubação, após a infecção, perpassam de 4 a 12 semanas para a detecção dos sintomas iniciais. A maioria dos novos casos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial. Embora seja uma doença curável e evitável, a maioria dos óbitos ocorre nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. A OMS classifica essa doença como infecciosa de agente único que mais mata, chegando a superar o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Dentre os sintomas mais comuns estão: febre, perda de apetite, sudorese noturna, perda de peso e dor torácica, tosse produtiva ou não persistente por três semanas ou mais. Outros sinais e sintomas incluem palidez, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, eritema nodoso, ceratoconjuntivite e dor articular. A tosse é o principal sintoma da forma pulmonar da doença. As técnicas para se diagnosticar a tuberculose são através exame Baciloscopia BAAR (duas amostras), a cultura de BK, e da radiografia de tórax, dentre outros. A visita domiciliar realizada pelas equipes de saúde da Unidade Básicas de Saúde (UBS) é um instrumento de busca ativa a pacientes com suspeita de TB, somente com a busca ativa a equipe de saúde pode diagnosticar precocemente e dar início ao tratamento evitando maiores danos à saúde desse indivíduo. Além da investigação a verificação da adesão ao tratamento, possibilita o enfermeiro ter conhecimento das condições de vida daquele paciente, identificando a maneira e os recursos que poderá utilizar para enfrentar a doença, avaliar os riscos de infecção de seus contatos, coletando material para realização dos exames, realizar todos os procedimentos, possibilitando recuperar os pacientes faltosos para os retornos ao serviço de saúde para concluírem seu tratamento. Dessa maneira, a tuberculose ainda é considerada uma doença grave de saúde pública mundial, que atinge todas as faixas etárias; devido às suas complicações, principalmente quando associada a condições sociais e econômicas precárias, a doença ainda causa muitas mortes. Nesse contexto, o estudo teve como objetivo descrever a experiência de uma visita domiciliar a um paciente com tuberculose pulmonar ocorrida durante a prática curricular da disciplina doenças endêmicas da Amazônia do curso de bacharelado de enfermagem de uma



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Instituição de Ensino Privada em Belém (PA). Desenvolvimento: Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência realizada por acadêmicas do curso bacharelado enfermagem do Centro Universitário da Amazônia (UNIFAMAZ). As práticas acadêmicas aconteceram em setembro de 2019, em uma UBS no município de Ananindeua-PA. A visita domiciliar foi realizada por sete acadêmicos de enfermagem acompanhado de uma enfermeira a um paciente portador de tuberculose pulmonar em tratamento. Durante a visita observou-se que o paciente morava com sete pessoas, sendo cinco adultos e duas crianças, a residência era de alvenaria, com sete cômodos e um banheiro (interno), aparentemente arejada, água encanada, possuía coleta de lixo regular. Foi realizado anamnese completa como peso, temperatura, ausculta cardiopulmonar, além de, supervisionar a medicação e se a adesão estava sendo realizada corretamente pelo paciente. Em seguida foi realizado a investigação dos contatos que conviviam com o paciente, onde detectamos um contato com suspeita de tuberculose por apresentar tosse por mais de três semanas sendo a mesma encaminhada para realização de exames na Unidade de Saúde. Por fim foi realizado as devidas orientações ao paciente e familiares sobre a importância da adesão correta ao tratamento, medidas básicas de higiene e alimentação saudável. Todo o atendimento foi registrado no prontuário do paciente pela enfermeira da UBS. Resultado: Observamos durante a visita domiciliar que tanto o paciente quanto seus contatos não tinham os devidos conhecimentos e orientações sobre a tuberculose, fato que gerava medo e preconceito com o paciente. Não tinha conhecimento das consequências, e com o abandono do tratamento acarretaria consequências em sua saúde, e também seus contatos não tinham informações que após o início do tratamento o paciente deixa de transmitir a doença. Percebemos que a visita domiciliar realizada pelas equipes de saúde aos pacientes de tuberculose é de extrema importância para as orientações e acompanhamento desses pacientes auxiliando no seu tratamento para que não ocorra o abandono, tornando esse paciente resistente aos medicamento impedido sua reabilitação total. Percebeu-se que o paciente tinha muitas dúvidas relacionado ao tratamento no que se refere a quantidades de medicamentos ingeridos, assim como a dificuldade de na alimentação o que dificultava sua recuperação. Considerações finais: A experiência acadêmica em realizar à visita domiciliar ao paciente acometido de tuberculose foi de grande importância para nossos conhecimentos, que possibilitou conhecer que a pratica da visita domiciliar que já era antiga na área da saúde, e como as políticas públicas atuais, recuperou-se a pratica do cuidar de maneira mais humanizada, permitido o vínculo, a escuta com o profissional de saúde. Assim, o profissional passa a conhecer não só a realidade do paciente com tuberculose, mais também dos seus familiares, fazendo um rastreamento de todos os adoecidos proporcionado o cuidado. Buscando o aperfeiçoamento do saber, de métodos de cuidado, da avaliação e a condução de seus pacientes. Logo a enfermagem tem um papel muito importante no acompanhamento desses pacientes impedindo a interrupção do tratamento, contribuindo para que a doença deixe de se tornar umas das doenças mais prevalente na saúde pública. Assim, sendo relevante o empenho dos profissionais de saúde, contribuindo que os princípios dos Sistema Único de Saúde (SUS) Universalidade, Integralidade e a Equidade, se faça agir na prática do cuidar na visita domiciliar.



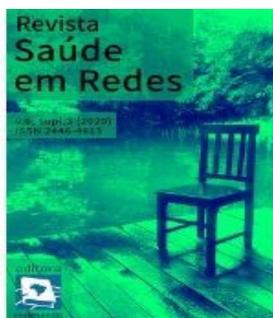
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9821

### O “TERRITÓRIO LÍQUIDO” COMO DESAFIO PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

Autores: Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias Lima, Michele Rocha Kadri

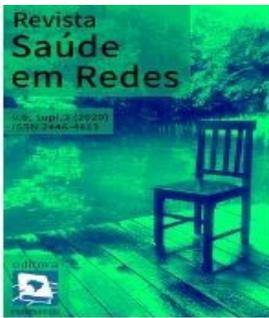
Apresentação: A denominação “território líquido” foi inicialmente utilizada pelo grupo de pesquisa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na LAHPSA/Fiocruz Amazônia. A metáfora, conceito, categoria analítica é utilizada para se referir a determinadas práticas que observamos nos locais de pesquisa. Iniciamos por pesquisar a dinâmica da atenção básica em municípios em que as águas geravam mudanças nos modos de fazer gestão e exigiam a construção de tecnologias que pudessem dialogar e responder ao fenômeno das águas. Assim, acompanhamos uma cidade literalmente tomada pelas águas no período da cheia e também acompanhamos como foi o processo de implantação da primeira UBS Fluvial, nos moldes do que orienta a Política Nacional de Atenção Básica, no município de Borba, Amazonas. Estávamos navegando, não somente por novas experiências em relação às ações de saúde nos diferentes territórios, mas também no nível dos conceitos que precisavam de um suporte teórico para dar sentido ao que estávamos observando no campo, que, por sinal, era concretamente líquido. Desenvolvimento: A ideia de território líquido contempla tanto do ponto de vista de identidade cultural da população ribeirinha quanto das características físicas naturais da região denominada de várzea e ainda da relação desses dois elementos (pessoas e ambiente). A palavra “líquido” aqui toma um efeito de adjetivo para caracterizar a terra ao qual nos referimos, uma “terra” que é fluida e não fixa, uma “terra” que existe a partir do uso que se faz dela. O território não pode ficar preso às características geográficas, mas é também o conjunto das relações simbólicas e culturais dos grupos sociais. Na transição da condição de metáfora para a condição de conceito, ou melhor, uma categoria teórica que foram produzidas algumas pistas: O território líquido não é um conceito que deriva do derretimento do sólido, mais que isso, é um movimento de tornar visíveis outras lógicas que não embasaram a construção dos sólidos para a saúde em nenhuma etapa da modernidade. Assim, o conceito de líquido diz respeito a uma realidade concreta e material, que une as pessoas, que conecta as realidades, que tem um tempo e mescla as histórias das pessoas com as histórias dos lugares. Nesse cenário de território líquido, o rio não é apenas um divisor-delimitador do espaço, como para a geografia física, e sim elemento que faz a conexão e a ligação entre pessoas, serviços, instituições. O espaço geográfico é formado por fixos e ações, que configuram nos fluxos. Cada fixo está interligado a uma rede de interação que lhe dá sentido de existência. Fluxos são os movimentos, circulação de valores entre os fixos, é, portanto, resultado da ação humana. A cada fixo diversos fluxos se associam, como uma rede na qual a cada nó (fixo) conecta-se várias linhas (fluxos). Assim, o rio tanto determina organização da vida, como elemento fixo, quanto conecta lugares e pessoas, como elemento fluxo. Os rios na Amazônia estão em constante movimentos e sempre geram novas paisagens. Os ciclos das águas mudam as paisagens, as árvores somem e aparecem, as casas mudam de lugar ou simplesmente desaparecem, as propriedades são aumentadas ou diminuídas pela enchente. As águas podem construir e



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

destruir, conectam e isolam, cada nova seca e cheia representa um novo momento de aprendizagem. Assim, temos um território que está em movimento e transformações constantes, o que requer novos conhecimentos e novas experiências. Ocupar um espaço inclui habitação enquanto estrutura física, mas também como um modo de vestir, alimentar-se, acessar serviços, redes de relações interpessoais e claro condicionantes de saúde. Embora as pessoas tenham estratégias de adaptação de suas moradias para períodos de cheia ou vazantes como uso de palafitas, marombas, aterros e mesmo flutuantes, o adequado saneamento das residências permanece sendo um fator de vulnerabilização das condições de saúde dessas populações.: Pensar sobre o modelo de cuidado apropriado para populações ribeirinhas que organizam seus modos de vida a partir das características socioambientais é tornar presente um outro modo de usar e pensar o território que frequentemente está ausente nas práticas de gestores e planejadores da política. Trata-se de uma questão de viabilizar políticas nacionais em territórios e realidades específicas. Assim, entendemos que a Amazônia apresenta-se como cenário ideal para o pensamento e para a efetivação do princípio da equidade do SUS, como um espaço do exercício da inovação. Resultado: O discurso de que tudo é diferente e marcado por “distâncias geográficas” que são barreiras a qualquer política, pode fazer da região um lugar exótico e de limitada possibilidade da presença do Estado. Por isso, o longe e o distante é muito mais um lugar onde políticas públicas não chegam do que espaço de isolamento geográfico. Para esse lugar é preciso, portanto, invenção. A Política Nacional da Atenção Básica traz critérios quanto os limites de atendimento para atenção básica: cada Equipe de Saúde da Família deve atender número máximo de 4.000 pessoas, sendo limite de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde. Embora faça referência a “populações de territórios definidos” não há de fato clareza metodológica para a definição desses territórios. O que aparentemente poderia ser interpretado como fragilidade da política, de fato pode significar uma oportunidade para que os serviços se organizem a partir do território e não no sentido inverso, criando território a partir dos serviços. Mas é preciso que a política assegure igualmente flexibilidade organizacional para existência de outros modelos de cuidados como os exigidos na UBS Fluvial e Saúde Ribeirinha. Considerações finais: Por fim, entendemos que as políticas públicas de saúde devem considerar a vida na sua complexidade, com uma abordagem epistemológica e uma postura ético-política que possibilite fazer a gestão do cuidado que inclua as populações tradicionais e que incorpore os modos de vida da população ribeirinha nos seus diversos modos de viver e ver o mundo. Portanto, se reconhecemos a vida na sua complexidade precisamos ampliar os nossos olhares e interpretações para as paisagens, os territórios e os lugares onde as redes se fazem presentes e vivas. A produção cultural dos povos da floresta - índios, quilombolas, ribeirinhos e populações extrativistas – constitui a sua territorialidade que não está preso a um lugar fixo, mas que mobiliza um conjunto das relações simbólicas, materiais e imateriais que constituem a sua existência. Portanto, o desafio é pensar uma política geral para os diferentes territórios que respeite a diversidade e os modos de ver o mundo das populações da Amazônia.



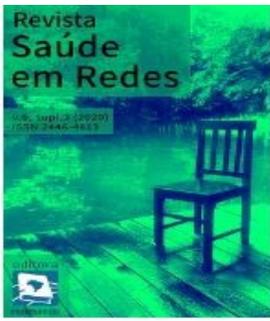
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9825

### INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – UMA SÉRIE HISTÓRICA

**Autores:** Laís Souza Izquierdo Penaranda, Elisa da Silva Magalhães, Raphael Souza da Costa, Nataly Damasceno de Figueiredo

**Apresentação:** As intoxicações exógenas na infância se configuram em um importante problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, já no início dos anos 2000, as intoxicações exógenas eram responsáveis por aproximadamente 350 mil mortes no mundo, sendo pelo menos 10% em menores de 15 anos de idade. Crianças menores de cinco anos de idade formam um grupo particularmente vulnerável às intoxicações acidentais. **Objetivo:** Descrever a ocorrência de intoxicações exógenas em crianças e adolescentes residentes no município do Rio de Janeiro para os anos 2007 e 2017. **Método:** Foi feito um estudo ecológico, com dados secundários obtidos a partir do Sistema de informações de doenças e agravos de notificação compulsória (SINAN) e do Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM). Para descrição do perfil foram utilizadas variáveis sócio demográficas e o agente tóxico. Para comparação foi utilizada a Razão de proporção e diferença. Na comparação do ano de 2007 com o ano 2017, verifica-se um aumento de 61,5% nas notificações de intoxicações exógenas em crianças e adolescentes (p 0,001). As crianças menores de 1 ano, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos apresentaram os maiores aumentos. A letalidade para o ano de 2017 foi de 3,8 % e para o ano de 2007 foi de 1%. O perfil de intoxicações em 2017 aponta para uma maior ocorrência em negros e pardos (90%) e em sua maioria do gênero masculino. Os agentes tóxicos predominantes em crianças de 1 a 4 anos são os medicamentos (35,5%) e produtos de uso doméstico (24,4%), enquanto que em adolescentes são medicamentos, drogas de abuso e álcool. **Considerações finais:** Os dados apontam um aumento na ocorrência de intoxicações exógenas na população estudada, demonstrando assim a relevância de prevenção dessa causa.



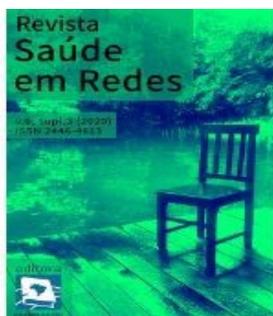
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9826

### SURTO DE SARAMPO NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

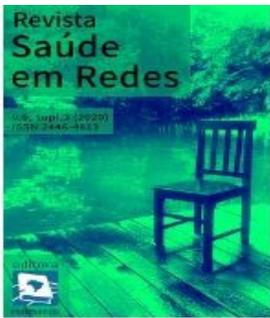
Autores: Amanda Ferreira Rodrigues, Carla Sena Cunha, Ana Carla Vilhena Barbosa, Yasmin Martins de Sousa

Apresentação: O sarampo é uma doença infecciosa aguda, grave, transmissível e altamente contagiosa, que costuma ser muito comum na infância. É causada pelo vírus do sarampo, um vírus RNA que pertence ao gênero Morbillivirus da família Paramyxoviridae. A viremia causada pela infecção provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas, como febre, coriza e conjuntivite. Pode evoluir com gravidade, causando complicações como pneumonia e encefalite. Essas complicações contribuem para a gravidade do sarampo, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de idade, em que infecções bacterianas secundárias ocorrem com maior frequência. A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de secreções expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. O vírus pode ser transmitido de quatro a seis dias antes, até quatro dias após o aparecimento do exantema, sendo o período de maior transmissibilidade dois dias antes e dois dias após o início do exantema. No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1968, até o final dos anos 70, essa virose era uma das principais causas de óbito, dentre as doenças infecto-contagiosas, sobretudo em menores de cinco anos, em decorrência de complicações, especialmente a pneumonia. Dessa forma, a vacina tríplice viral é a única medida de prevenção eficaz contra o sarampo, protegendo também contra a rubéola e a caxumba. A vacina contra o sarampo é disponibilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Nos serviços de saúde, a vacinação de rotina deve ser realizada em conformidade com as normas do PNI, segundo o calendário de vacinação estabelecido pelo Ministério da Saúde: uma dose da vacina tríplice viral aos 12 meses de idade, uma dose da tetraviral aos 15 meses de idade, duas doses da tríplice viral entre dois e 29 anos de idade, e uma dose da tríplice viral dos 30 aos 49 anos de idade, de acordo com a situação vacinal encontrada. Apesar da disponibilidade desta vacina, que é barata, segura e eficaz, há mais de 40 anos, o sarampo é uma das principais causas de morte infantil em algumas áreas do mundo. Entre as diversas estratégias de vacinação utilizadas temos: vacinação de rotina; monitoramento rápido das coberturas vacinais (MRC); vacinação de bloqueio; varredura; e intensificação da vacinação. Devido o controle nacional da doença, em 2016 foi entregue ao Brasil pela OMS o certificado de eliminação da circulação do vírus no país, porém, no ano de 2019, essa condecoração foi perdida, devido ao fato de haver vários casos confirmados em território nacional, principalmente na Região Norte brasileira em um período extenso, e por não apresentar um controle vacinal no solo brasileiro em 2017 nas rotinas de vacinação, coberturas da administração das doses da vacina tríplice viral, tanto na dose 1(D1) quanto na dose 2 (D2). O Ministério da Saúde a fim de reverter o declínio de coberturas de vacinas no Brasil, lançou o Movimento Vacina Brasil, em 9 de abril de 2019, durante a XXII Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios, como parte da agenda dos primeiros 100 dias de governo. A iniciativa tem como objetivo mobilizar os três níveis de gestão e diversos setores da sociedade brasileira e



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

alertar sobre a importância da vacinação como principal medida de controle das doenças imunopreveníveis, é a única capaz de evitar a reemergência de doenças eliminadas no país. Objetivo: Identificar as principais causas relacionadas ao surto do sarampo no Brasil e a importância da vacinação. Desenvolvimento: Trata-se de uma revisão de literatura, a partir de coleta de artigos científicos das bases de dados: MEDLINE, LILACS, SciELO, do tipo qualitativa e descritiva entre os anos de 2015 a 2019. Resultado: O surto de sarampo atual decorre da presença de indivíduos suscetíveis a doença, seja pela não vacinação ou pelo esquema vacinal incompleto. Evidencia-se que o surto atual está relacionado a importação, uma vez que o genótipo viral identificado é o mesmo do circulante na Venezuela, Líbano e Europa, e que a cobertura vacinal está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde favorecendo o reemergência da doença no país. O vírus do sarampo apresenta oito classes (A-H), que pode ser subdividida em 24 genótipos. Muitos países, como é o caso do Brasil, conseguiram controlar a incidência dessa doença utilizando a vacina, entretanto, enquanto os casos não forem completamente erradicados e uma grande parcela da população global não for devidamente imunizada, essa doença continuará circulando e gerando surto. Diante dos novos casos de sarampo, é extremamente importante que os profissionais de saúde do Brasil e do mundo coloquem essa doença nos diagnósticos diferenciais de doenças exantemáticas, e atuem ativamente na prevenção, estimulando a vacinação. Assim, é importante e indispensável a atenção para a notificação do sarampo, para que se tenha a real noção do número de casos e um adequado estudo e análise epidemiológicas. Apenas com a investigação epidemiológica se poderá chegar aos planos de ações eficazes para erradicar de uma vez por todas o sarampo. Considerações finais: Diante da ocorrência do surto de sarampo, as principais ações para contenção de casos ao longo dos 15 meses, foram ações de imunização, seguidas de campanhas de vacinação para faixa etária de 6 meses até 4 anos e a vacinação indiscriminada para pessoas entre 5 e 29 anos, além das crianças de 6 meses a 1 ano. Dessa forma, é importante a manutenção do sistema de vigilância epidemiológica da doença, com o objetivo de detectar oportunamente todo caso de sarampo importado, bem como adotar todas as medidas de controle ao caso. Estes surtos podem ser úteis para identificar lacunas nos programas de imunização, que podem não ser evidentes através do controle da cobertura vacinal. Diante do exposto, recomenda-se tornar a vigilância epidemiológica sensível, realizar busca ativa de casos suspeitos ou confirmados de sarampo em municípios e unidades silencia-sas, sensibilizar profissionais de saúde da rede pública e privada quanto à obrigatoriedade da notificação imediata de sarampo. Todos têm uma parcela de responsabilidade nisso, cabe às autoridades gestoras de saúde atuar para que surtos não aconteçam, fortalecendo as ações em imunizações, estímulo à pesquisa de imunobiológicos cada vez mais seguros e livres de possíveis reações.



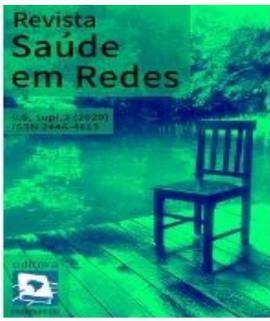
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9827

### ACEITABILIDADE DA MERENDA EM ESCOLAS PARTICIPANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR EM SANTARÉM, PARÁ

Autores: Jamile Brito de Monte, Larissa Luana Silveira Pereira, Raissa Vasconcelos Rego, Marina Smidt Celere Meschede

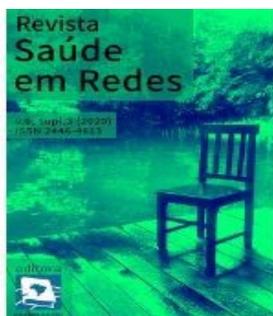
Apresentação: O termo Merenda Escolar, é mais popularmente conhecido, com início datado em 1950, considerada uma ação de suplementação alimentar do Governo Federal no campo das políticas sociais e assistenciais. É um dos maiores programas na área de nutrição escolar no mundo, garantindo a permanência dos estudantes nas escolas e reduzir a desnutrição infantil no Brasil. Em 1979, este termo passou a ser denominado de Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), procurando atender às necessidades nutricionais dos estudantes durante sua estadia na escola, contribuindo no crescimento, desenvolvimento e rendimento escolar. É uma política pública destinada estrategicamente à garantia e melhoria da alimentação dos alunos da rede pública de ensino, através da aquisição de alimentos de empresas privadas e da agricultura familiar local. Assim, objetivou-se coletar dados acerca da aceitabilidade da merenda oferecida em duas escolas localizadas nas comunidades de São Braz e Irurama em Santarém, Pará. Para verificar a aceitação das preparações servidas nas escolas, utilizou-se o manual do teste de aceitabilidade do PNAE, disponibilizado pelo Ministério da Educação. Na aplicação dos testes priorizou-se as preparações que possuem maior frequência no cardápio semanal. Realizado um teste por preparação. Para que o alimento/preparação seja aceito a amostra deve apresentar porcentagem maior ou igual 85% nas expressões “gostei/adorei”. Caso o índice de aceitabilidade seja menor que 85% o responsável pela alimentação escolar poderá retirar a merenda ou optar pela alteração/modificação do cardápio. O teste foi realizado primeiramente pelos discentes do projeto de extensão e posteriormente a pedagoga ficou responsável pelo teste. A aceitação de um alimento pelos estudantes é importante para determinar a qualidade do serviço prestado em relação ao fornecimento da alimentação escolar. Evitando o desperdício de recursos públicos na compra de gêneros alimentícios rejeitados. A quantidade de alunos que responderam ao teste foi: São Braz 122 e em Irurama 181 escolares. Após a aplicação do teste na escola São Braz foi possível observar que das preparações avaliadas somente o vatapá atingiu 85% considerado satisfatório/aceito pelos escolares. Nota-se que o arroz, feijão e ovo e o arroz, feijão e picadinho tiveram boa aceitabilidade atingindo 84% e 74%, respectivamente. A boa aceitabilidade dessas preparações relaciona-se com questões culturais locais, pois o arroz é um alimento muito comum na região norte. Merendas envolvendo macarrão obtiveram conceitos insatisfatórios: macarronada com molho de tomate 48%, macarronada com sardinha enlatada 33%, o suco com bolacha atingiu 40%. Na escola de Irurama, as preparações contendo arroz também obtiveram maior aceitabilidade pelos escolares. Sopa de feijão com charque 79% e o risoto de frango 73%, já a sopa de feijão com charque apresentou somente 54% de aceitabilidade. Questões econômicas podem diminuir a aquisição deste alimento pelas famílias. Recomenda-se que além dos alimentos que fazem parte da cultura local, novos alimentos sejam inseridos no cardápio das escolas. A construção



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

de hortas, educação alimentar e capacitações das auxiliares de cozinha precisam ser trabalhadas de modo que a merenda fique mais saborosa e palatável.



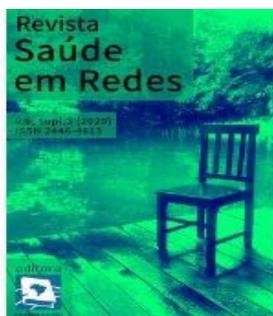
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9828

### PROPOSTA DE ESTRATÉGIA EMPODERADORA PARA O CONSELHO DE SAÚDE

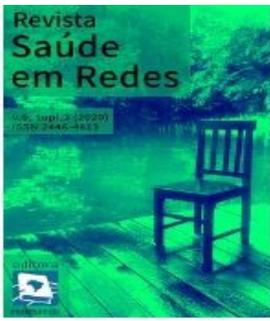
Autores: Aline Costa Rezende, Benedito Carlos Cordeiro, Josieli Cano Fernandes

Apresentação: De acordo com a Lei Orgânica da Saúde número 8.142, de 1990, os conselhos de saúde têm caráter deliberativo, o que significa que sua decisão, após discussão e reflexão dos membros, é por votos em seus plenos e não por consenso. Sua oficialização é efetuada por um documento chamado de deliberação. Os objetos de deliberação devem corresponder às diretrizes da Conferência de Saúde, o que significa transformar as diretrizes em políticas e ações. Essa é a máxima expressão da participação social na saúde. Assim, especificam-se entre as competências dos conselhos, as estipuladas pela Resolução 453/2012 que determinam seu caráter deliberativo: elaborar e aprovar propostas para operacionalizar as diretrizes das conferências; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde; definir diretrizes para os planos de saúde; proposição de critérios de resolutividade; educação permanente para o controle social e educação para a saúde no SUS. O não atendimento ao exposto pode ser atribuído à falha no processo de formação do controle social, à disparidade de conhecimentos entre os membros, à disputa de interesses, entre outros. Essa deficiência pode ser atribuída à falha no processo de formação do controle social, à disparidade de conhecimentos entre os membros ou à disputa de interesses. Dito isso, o objetivo deste estudo é apresentar um aplicativo de celular como proposta de intervenção ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Leopoldina (MG) com base na avaliação do seu caráter deliberativo. Este estudo é um recorte de pesquisa qualitativa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde denominada “Educação Permanente de conselheiros municipais de saúde: avaliação dos Cursos do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo número 1.963.490. Desenvolvimento: O cenário desta pesquisa é o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, um município da Zona da Mata Mineira e, segundo o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, pertencente à Microrregião de Saúde Leopoldina/Cataguases e à Macrorregião de Saúde Sudeste. Este município foi escolhido por ter um dos Conselhos mais ativos da área de abrangência citada, devido à atuação da pesquisadora, atualmente, como membro titular e vice-presidente e por este ser o município em que a mesma labora. Destaca-se que, na avaliação realizada do Conselho em questão, nos últimos dois mandatos, não possuía composição paritária devido à desproporcionalidade no número de membros representantes, o que diverge da legislação em vigor que estabelece a seguinte composição: 50% de representantes dos usuários, 25% por profissionais de saúde e os demais 25% por prestadores de serviços e gestores. Para análise do caráter deliberativo, foram utilizadas deliberações do Conselho, entre os anos de 2008 e 2017. Os documentos estavam arquivados na sua sede. Os dados foram tabulados e descritos para possibilitar clareza, entendimento e favorecer o relacionamento entre eles. A análise das deliberações consistiu na leitura e verificação se, dentre os assuntos tratados, havia propostas das conferências, propositivas oriundas dos membros do Conselho que demonstrassem sua função efetiva de controle, participação ou cooperação para resolutividade das políticas públicas de saúde,



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

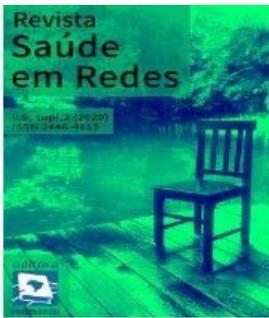
participação ativa no processo de planejamento do SUS, propostas de projetos para capacitação e formação do controle social e parceria em estratégias de educação em saúde da população. Para isso, foi feita uma lista contendo os assuntos deliberados e, posteriormente, estes foram agrupados para melhor sintetização. Para a criação da proposta de intervenção, foi utilizado o site Fábrica de Aplicativos, disponível gratuitamente e sem programação, podendo ser disponibilizado para os sistemas IOS e Android. Resultado: Foram analisadas 46 deliberações municipais entre 2013 e 2017, sendo 9 em 2013, 13 em 2014, 9 em 2015, 5 em 2016 e 10 em 2017. Ressalta-se que, antes desse período, o CMS estudado não oficializava as deliberações e os únicos documentos elaborados eram as atas das reuniões, assim, não existe outro documento que testemunhe os acontecimentos no período anterior a 2013. Os tipos de assuntos deliberados foram consolidados em cinco grupos: gestão (16), assistência (10), investimento/financiamento (7) e controle social (2). Faz parte do grupo gestão assuntos referentes à aprovação de instrumentos de gestão, Pacto pela Saúde, obra e construção de Unidade Básica de Saúde. Quanto ao grupo assistência, é composto por credenciamento, expansão, implantação e modalidades de serviços, plano de promoção à saúde e relação de medicamentos; sobre vigilância, planos de fortalecimento, arboviroses, saúde do trabalhador e na escola; em investimento/financiamento, tabelas SUS e diferenciada, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, incentivos e investimentos e aplicações financeiras e em controle social foram listados eleição de membros e aprovação de Conferência Municipal de Saúde. Constata-se que a maioria dos assuntos deliberados é proveniente de proposituras gestoras, como: credenciamentos, aprovação de instrumentos de gestão, programas, projetos, planos e financiamentos. Considerações finais: Concluiu-se que o CMS de Leopoldina tem mais características homologatórias que deliberativas, devido à natureza dos assuntos aprovados. Outro fator de caracterização homologatória é a ausência de proposições de políticas públicas, pois os assuntos de autoria do conselho são apenas administrativos, como eleição de membros e aprovação de Conferência Municipal de Saúde. Esses fatores evidenciam um conselho burocrático que, primordialmente, formaliza as propostas da gestão, o que evidencia a ausência da função de controle social do Conselho. Apesar das deliberações do Conselho terem sido documentadas, não se observa o empoderamento, de fato, dos membros. A principal estratégia de enfrentamento proposta para essa debilidade é a capacitação dos conselheiros a fim de muni-los de pensamento crítico, informações e argumentos que possibilitem sua atuação na condução das políticas públicas, ou seja, proporcionem sua “profissionalização”. Na busca por melhores condições de participação social, propõe-se a utilização de um aplicativo para celulares, criado na dissertação fonte deste estudo, que consolida tanto estratégias de educação continuada como permanente e pesquisa e atende às necessidades contemporâneas dos usuários. O aplicativo de celular e-Saúde: O Conselho Eletrônico de Saúde é uma proposta inovadora para esse público. Seu diferencial é que o conselheiro possa ter acesso a conteúdos legais e didáticos e, no mesmo programa, discutir pautas da saúde com a finalidade de compartilhar ideias, notícias, experiências, problemas e sugestões. Suas principais funcionalidades são compostas por: rodas de conversa sobre variados tópicos, como: mobilização social, conferências deliberações, planejamento,



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

serviços de saúde; acesso a legislações, videoaulas, debates, entrevistas e fóruns. A finalidade primordial desta proposta é empoderar os conselheiros e tornar o Conselho de saúde propositivo e controlador das políticas de saúde.



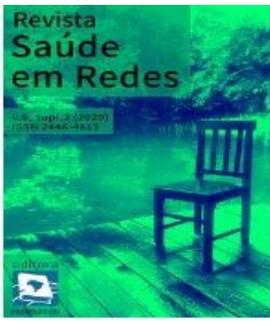
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9829

### TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO: CARTOGRAFIA DE UM PERCURSO QUE O TRABALHADOR DE SAÚDE DESCONHECE

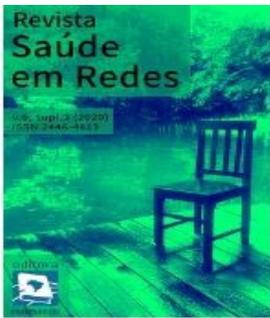
Autores: Kátia Santos Oliveira, Ana Lucia De grandi, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Felix, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Josiane Vivian Camargo Lima, Rossana Staevie Baduy, Regina Melchior

**Apresentação:** As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Tem como objetivo organizar e garantir acesso universal aos serviços de saúde, assegurando equidade e igualdade. Ela precisa existir, no entanto, em muitas situações é possível perceber que os trabalhadores são capturados pelas normas e uma forma de organização que foi criada para garantir acesso e cuidado entre pontos dos diferentes níveis de atenção que compõe esta rede, acaba criando descaminhos e as necessidades de saúde deixam de ser ordenadoras do processo. **Desenvolvimento:** Esta pesquisa faz parte do Observatório de Práticas de Cuidado em Redes Atenção Domiciliar e Atenção Básica, com abordagem qualitativa, cujo o trabalho de campo foi embasado pela pesquisa cartográfica. O ponto de partida do trabalho de campo se deu pelo acompanhamento de equipes e posteriormente uma usuária do Serviço de Atenção Domiciliar. A aposta foi transitar pelos encontros percorrendo-os com a usuária (apresentada com nome fictício), que foi a guia pelos caminhos e pontos da RAS na construção de um mapa cartográfico de cuidado. Encontros que aconteceram entre os meses de setembro de 2016 a julho de 2018. **Resultado:** Uma das experiências vivenciadas pela pesquisadora que acompanhou a usuária-guia foi uma viagem de ambulância, de quase 400 km de distância para passar por uma consulta médica, com uma especialista responsável por solicitar um exame de biópsia muscular. A usuária-guia é uma menina de 6 anos portadora de uma miopatia não especificada, e a biópsia foi uma alternativa apresentada a família como possibilidade de classificar o tipo de miopatia, e com isso tentar direcionar o tratamento e prognóstico, no entanto, a realização do exame estava condicionada ao acompanhamento ambulatorial por esta especialista. Entender como é a experiência deste tipo de viagem só foi possível vivenciando com Aninha e sua família este momento, em trechos do diário de campo, apresentamos o relato das sensações e impressões da viagem experienciada pela pesquisadora em campo: As portas da ambulância, embora com boas travas, não tinham um encaixe “perfeito” balançavam e faziam muito barulho a cada buraco, defeito ou movimentação abrupta na estrada. O barulho de lataria, dobradiças e travas batendo era companheiro de viagem. Apesar de não conhecer detalhadamente de mecânica de veículos, posso afirmar que aqueles amortecedores não eram dos mais novos e “macios”, era possível sentir cada irregularidade da estrada, com pulos e trancos que se somavam e intensificavam o barulho das portas. Fiquei sentada, e a sensação de estar me deslocando lateralmente (posição do banco) em relação ao sentido da estrada, era horrível, parecia que tudo rodava e o enjoo era companheiro de viagem. Lilian (a mãe) deitou-se, na maca estreita de transporte



## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

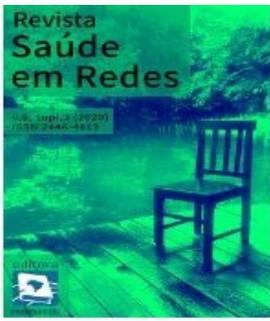
de pacientes, com Aninha, tanto na ida quanto na volta. Aninha, a cada movimento mais brusco de curvas ou buracos no asfalto, segurava forte em minha perna ou pedia para que eu segurasse suas mãos. Esboçava o mesmo medo de cair de quando estava sentada na maca (durante a consulta médica), às vezes até gritava assustada, Lilian segurava e apoiava as pernas e o corpo de Aninha, mas a sensação de um pouco mais de segurança vinha quando a própria Aninha estava se segurando em mim. Depois de umas duas horas de estrada Aninha precisou ser aspirada (ela tem traqueostomia), enquanto Lilian separava os materiais, fui fazer a troca do prolongamento da saída do oxigênio para o vácuo (com a ambulância em movimento). Conectamos o equipamento, abri a válvula do oxigênio, e o vácuo não funcionou. Percebemos que a pressão daquele cilindro estava muito baixa. Avisei ao motorista, que disse que pararia no próximo local possível para fazer a troca do cilindro [Diário de Campo]. A viagem além de cansativa e desconfortável foi improdutiva: foram seis horas de ida, quatro horas de espera até a consulta, mais três horas de espera até a ambulância voltar para nos buscar, e seis horas de estrada na volta. Durante a consulta todo exame clínico foi realizado por residentes, a médica não a examinou, se relacionava mais com os papéis, dava mais atenção aos exames do que à criança e sua mãe. O que prevaleceu foi a impessoalidade, e a repetição de um processo de trabalho já enraizado, em que residentes fazem o exame clínico, passam para o médico que “sacramenta”, realizando a renovação de receitas e finalizando o atendimento com o aprazamento de retorno em seis meses. Segundo o pai de Aninha, isso sempre se repetia, “a gente só vai para lá para fazer um passeio”, pois a cada consulta, uma desculpa era apresentada para justificar a não realização dos exames, e isso já se repetia há 4 anos. A impressão que me passou é que aquela trabalhadora não entendia o significado daquela viagem para a família (e para tantas outras que lá estavam), e a luta para conseguir fazer o exame, e as consultas com viagens a cada seis meses passaram a fazer parte da rotina de tratamento. Uma das estratégias de organização da RAS é a definição de fluxos, como, por exemplo, dos casos que vão para Tratamento Fora do Domicílio, com isso o foco fica no cumprimento destes fluxos e não no cuidado do usuário, como no caso de Aninha, que é submetida a viagens, para se manter vinculada a um serviço, que quando “for possível” realizará o exame de que ela necessita. O sujeito da ação passa a ser o fluxo, e o usuário a ferramenta para mantê-lo, havendo uma inversão do processo de produção do cuidado, em que a rede acaba por promover uma torção colocando como regra o cumprimento do fluxo no qual o usuário tem de seguir um protocolo, e não estes servirem para atender às necessidades do usuário. Bertussi, et al. (2016) discutem que os fluxos e protocolos têm o papel de sistematizar a abordagem para diferentes situações clínicas. No entanto, não devem ser tomados como única forma de agir e conduzir o cuidado dentro da rede, devem servir como “ponto de partida para o manejo clínico, pois este, necessariamente, precisa levar em conta a singularidade das existências/experiências dos diferentes usuários”. Ou seja, fluxos e protocolos devem ser elaborados como ferramentas para atender às necessidades dos usuários, e não o contrário. Considerações finais: A RAS foi pensada para garantir o acesso ao cuidado, no entanto, observa-se que tanto a conformação da rede quanto o modo acrítico como trabalhadores a operam têm produzido um distanciamento do cuidado e da singularidade, levando a mais sofrimento do



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

que cuidado em si. Valorizar o encontro, fazendo com que seja mais resolutivo e produtor de cuidado é fundamental para atender à necessidade dos usuários. A sensação é de que há uma banalização da vida do outro e do esforço que a pessoa precisa despender para garantir o acesso ao que tem direito. Para que a RAS se torne mais resolutiva e cuidadora é necessário que os trabalhadores nela envolvidos além de conhecerem seus processos e funcionamento, olhem para a história e as necessidades de cada usuário tornando o encontro um processo singular de cuidado.



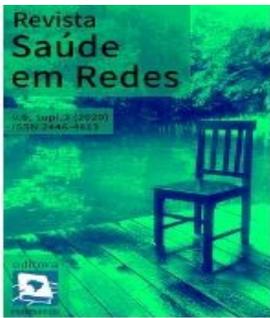
## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Trabalho nº 9831

### PET-SAÚDE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL – OS DESAFIOS DE IMPLANTAR E PRATICAR

Autores: Mariana Arcuri

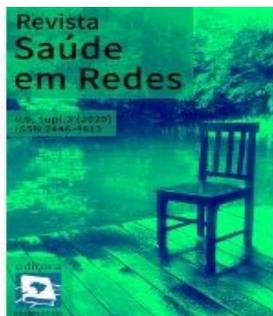
Apresentação: O PET-SAÚDE 2018 tem a Educação Interprofissional(EIP) como foco e 120 projetos em todo o território nacional que devem ser desenvolvidos a partir dos marcos teórico-metodológicos da EIP. No Rio de Janeiro, 10 projetos foram contemplados, dentre os quais o de Teresópolis. Neste trabalho é apresentada reflexão crítico-teórica sobre o tema acompanhada de revisão bibliográfica dos marcos teóricos da EIP. Intitulado “PET-SAÚDE Teresópolis – integração ensino-trabalho-cidadania: integrando vidas”, este tem como focos centrais o desenvolvimento da educação interprofissional nos cursos da área da saúde do UNIFESO e a atuação na Fazenda Ermitage como campo de ressignificação das práticas e do cuidado, em consonância com a demanda da gestão municipal. O complexo Fazenda Ermitage foi construído para atender a 1600 famílias deste município vítimas da catástrofe natural ocorrida em e que até então carecem de cuidados especiais e atenção. Observadas as metas propostas e aprovadas no PET-SAÚDE, os desafios são muitos. Em especial a implantação e a prática da Educação Interprofissional tanto na escola quanto no próprio município. Tem sido um compromisso permanente reservar espaços de discussão e identificação de desafios para a realização do PET. Formativos por natureza, estes momentos permitem pensar a própria prática da escola, os princípios de formação de profissionais e colocar em questão a qualidade dos serviços prestados no SUS, pelo município – sim, tem-se enfrentado incômodos causados pelo que o PET pretende discutir. Partindo do diagnóstico de que as ações de saúde estão enfraquecidas na sua dimensão cuidadora e, que, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia, é veemente a necessidade de ser defensor de uma formação crítica e reflexiva. Formação esta que aconteça em uma escola que considere e (re)conheça o mundo do trabalho como preferencial formador – onde a vida acontece, onde efetivamente se aprende a ser profissional de saúde. As diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde indicam a necessidade de formação de profissional capaz de atuar em equipe, de estabelecer vínculos com as pessoas e com a comunidade, bem como, capaz de atuar na promoção da saúde dos indivíduos e da coletividade. Essa proposta de formação aposta na mudança do atendimento em saúde capaz de colocar a necessidade das pessoas no centro, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado com o investimento nas condições de trabalho, além das ações de vigilância como principal estratégia reveladora das situações de saúde e reorientadora do trabalho em saúde. Logo, a formação de profissionais de saúde deve acontecer no binômio ensino-trabalho em uma concepção de interação que leve em conta as esferas e os atores do ensino, do trabalho, da gestão, das comunidades, no desenvolvimento da cidadania. Insistir nesta expressão algébrica complexa como mistura necessária ao ato de ensinar a ser profissional da saúde significa considerar as realidades, disputas e desejos de cada um desses territórios na construção do cuidar. Considerado este contexto de formação de profissionais, fica clara a opção pela Integração



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Ensino Trabalho Cidadania (IETC) como eixo horizontal norteador de todos os cursos da área da saúde e do PET-SAÚDE. Aposta-se também em estratégia incubadora das iniciativas de Educação Interprofissional para a transformação do ensino e do trabalho. A IETC é central no PET-SAÚDE inclusive pois, como princípio (filosófico), promove a efetiva interAção e integração de estudantes, preceptores e professores das diferentes profissões da saúde, promovendo encontros. Soma-se ainda, sua importância “prática”, por operacionalizar e propor as atividades a partir do chamado do mundo do trabalho, do gestor público, do território. Angustia saber, entretanto, que inserir a IETC em todos os currículos da área da saúde não garante a transformação das práticas do ensinar e tampouco do cuidar. Tampouco garante no PET-SAÚDE. Este projeto é recheado de desafios que envolvem a operacionalização e a sensibilização de seus protagonistas – estudantes, professores, preceptores e gestores da IES e do poder público. A mudança das práticas nos serviços, no ensino e na formação dos profissionais a partir dos encontros interprofissionais, efetivos, precisam ser sustentados por atividades sistematizadas de Educação Permanente fundamentais para transformação de todos os atores. Das reuniões de educação permanente tem surgido as principais questões e desafios da implantação do PET-SAÚDE: (1) como trabalhar na lógica da IETC sem repetir ações desidratadas de assistencialismo? (2) como observar o território do outro com olhos de ver? (3) como perguntar sobre o outro com ouvidos de escutar? (4) como trabalhar com o outro – e não apesar do outro? Consideramos possível que uma diretriz comum e um projeto único de IETC para todos os cursos da área da saúde no PET, induza a produção dos encontros que poderão permitir o desabrochar dos princípios da Interprofissionalidade – seja nas vivências ou apreendidos, tomados para si por nossos profissionais em formação, fortalecendo assim o cumprimento das DCN gerais para a formação dos profissionais de saúde. A Educação Interprofissional em Saúde é o segundo eixo central do PET, tomada neste projeto desde o seu planejamento estratégico, seu desenvolvimento e acompanhamento, até as estratégias de avaliação escolhidas. Entende-se que a EIP é método para formar profissionais de saúde aptos, verdadeiramente, para o enfrentamento da realidade atual dos serviços de saúde e para aproximar suas práticas do conceito ampliado de cuidado e sua integralidade. É a partir da vivência interprofissional de estudantes, professores e profissionais da rede que será possível rever práticas cristalizadas e não “vivas” em nosso Município bem como e, não menos importante, formar profissionais de saúde que respeitem e considerem fundamental o trabalho em equipe e a interlocução entre as profissões da saúde como elo da prática do cuidado. Fazemos o exercício de ressignificar nossas concepções de educação com o PET - tanto no ensino – onde as constantes buscas por novos métodos de ensino-aprendizagem nos levam a considerar o duplo protagonismo estudante-professor, bem como no conceito de saúde e nas apostas que fazemos para “forçar” vivências transformadoras durante a formação, centradas no rompimento dos muros da universidade, colocando como centro do trabalho investigativo do profissional em formação o cuidado ampliado do sujeito em seu contexto biopsicossocial e a sua responsabilidade social. Sendo assim, coloca-se em questão constantemente, durante as reuniões dos coordenadores do PET-SAÚDE, as etapas planejadas para o primeiro ano de ação e os desafios que surgem no caminho. O desenvolvimento de ações



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

## Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

interprofissionais é um deles. Em teoria pode ser alcançado tomando o conceito de IETC e a proposta de interação entre cursos, planejando a inserção em conjunto operando equipes multiprofissionais. Assim pode-se forçar a construção de linhas e redes de cuidado que considerem o acolhimento, o vínculo, a qualidade de acesso e de atendimento, a tomada de decisão compartilhada e o respeito pelo saber do outro. Percebe-se o potencial de transformação na formação profissional e no trabalho em saúde, entretanto não é possível evidenciá-lo na prática, espontaneamente. As atividades práticas, quando operadas a partir dos princípios da IETC exigem dos estudantes o desenvolvimento de competências que ultrapassam os atributos cognitivos e específicos de suas profissões. Eles necessitam desenvolver novas habilidades e atitudes. Precisam ouvir as pessoas, captar suas demandas, analisar os espaços e os recursos, produzir planos de intervenção mais integrais, humanísticos e criativos. Precisam passar a considerar a autonomia das pessoas e sentir-se coprotagonistas do cuidado que produzem.