

**CATEGORIA PÓS-GRADUANDO  
E DOCENTES**

**- Oral -**



## A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL: POTENCIALIDADES E TENSÕES TECIDAS A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO-BA

*Vick Brito Oliveira  
Barbara Eleonora Bezerra Cabral*

**INTRODUÇÃO:** O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto Presidencial nº 6.268 em 2007, brota no cenário nacional na contramão das políticas setorializadas. O Programa almeja pôr em ato uma política intersetorial, visando contribuir no desenvolvimento de atividades que articulem as redes públicas de saúde e educação, para o enfrentamento de variáveis que comprometam o desenvolvimento dos estudantes da educação básica da rede escolar pública (BRASIL, 2009). No entanto, mesmo com as indicações de ações, práticas e políticas intersetoriais, autores apontam que ainda não faz parte do cotidiano da prática entender a integração das políticas sociais e há um distanciamento entre a execução e o planejamento dessas políticas (INOJOSA, 1997; FERREIRA et al, 2012). Deste modo, a pesquisa partiu da seguinte questão: Como os atores envolvidos na operacionalização do Programa Saúde na Escola (PSE), do município de Juazeiro-BA, compreendem e fazem a articulação de políticas intersetoriais?

**OBJETIVOS:** À luz das discussões da Saúde Coletiva, a pesquisa realizada em 2013 buscou conhecer o Programa Saúde na Escola no município de Juazeiro-BA a partir das potencialidades e tensões tecidas no cotidiano da gestão e da assistência da Educação e Saúde acerca da sua execução.

**MÉTODOS:** A pesquisa foi desenvolvida no contexto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, de caráter interventivo valorizou a experiência, na perspectiva do Método Cartográfico. Adotou-se uma compreensão de que pesquisar é acompanhar o movimento da vida, debruçar-se sobre a experiência e implicar-se no processo de produção (KASTRUP et al, 2009). Percorreram-se os espaços habitados por alguns atores que “materializaram” o PSE no município. Os cenários de produção foram, sobretudo, espaços da atenção básica do Setor Saúde e do Setor Educação do município. Neste cenário, oito profissionais do município de Juazeiro-BA, 4 do setor Saúde e 4 do setor Educação, colaboraram com a pesquisa, garantindo-se momentos de conversas individuais a partir da seguinte pergunta provocadora: “Como você vivencia o PSE no seu cotidiano?”. Além dos espaços de diálogos, foram utilizados os registros em diário de campo da pesquisadora. Cabe destacar que a pesquisa respeitou os aspectos éticos exigidos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As discussões empreendidas buscam respeitar a arte da narrativa (BENJAMIN, 1985) e a experiência. A seguir, os “achados” do campo apresentados em “Focos”: A potência da intersectorialidade e As tensões do cotidiano. A potência da intersectorialidade: o contato com as narrativas dos colaboradores e com os espaços vivenciados no município, a partir da operacionalização do Programa, tornou clara a potencialidade do PSE na articulação intersectorial entre Saúde e Educação, apontando o quanto a intersectorialidade mobiliza rede, sujeito e práticas, como indicado por Shutz e Miotto (2010). A execução do PSE promoveu a abertura de espaços para o conhecimento da realidade das redes de Saúde e Educação e permitiu agir e criar dispositivos, forjados por instrumentos de coletas de dados ou por espaços instituídos pelo Programa. A partir da compreensão das realidades das redes, as narrativas demonstram as dificuldades vivenciadas, principalmente, na rede de Saúde, por exemplo, as necessidades de saúde dos escolares e a intensa demanda infantil para a rede especializada. O desenvolvimento do Programa possibilitou a reflexão do cotidiano na articulação entre/nos setores e serviços, especialmente pela apropriação da equipe de saúde em relação às atividades do PSE e a sua inserção no cotidiano. Ficou evidente que ocorreu um estreitamento do vínculo entre as crianças e os serviços ofertados pela equipe de saúde e a compreensão da escola

---

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO.

enquanto um espaço de promoção da saúde. As tensões do cotidiano: notou-se que há uma identificação, na relação equipe de saúde-equipe escolar, do PSE como pertencente ao setor Saúde, do mesmo modo que parece haver uma referência da equipe de saúde da família como a equipe do PSE. Tal compreensão pode ser percebida em alguns depoimentos como um indicativo de responsabilização da Saúde, assim como uma sensação de sobrecarga pelo Setor na operacionalização do PSE no espaço escolar. As narrativas demonstram que há uma maior participação do setor Saúde na operacionalização do Programa, com destaque para o desenvolvimento das atividades com os escolares, como já apontados por outros estudos no que se refere aos diplomas normativos (FERREIRA et al, 2012). A necessidade da definição da responsabilidade de cada setor foi uma temática recorrente nas narrativas, principalmente dos profissionais das equipes de saúde e da escola. Percebeu-se que há dificuldade na articulação de espaços efetivos de diálogos, repercutindo em uma tendência de culpabilização do outro setor pelas dificuldades ou falhas na execução das ações. Há uma sensação de sobrecarga do Setor Saúde, de uma indefinição do papel da escola, que parece refletir a pouca articulação e construção coletiva nos espaços e ações propostas pelo Programa. Notou-se a existência de uma supervalorização de saberes e práticas em detrimento de outras, em que não se destaca as relações de valorização dos saberes envolvidos e a potência da coletividade.

**CONCLUSÃO:** Diante dos avanços já existentes na AB e da indicação de ações intersetoriais no contexto das políticas de saúde e educação, o Programa caracterizou-se como um importante dispositivo estratégico na consolidação e organização das ações entre unidade de saúde da família e escola, bem como na articulação entre gestores da Saúde e Educação. Considera-se que a experiência do PSE, no município de Juazeiro-BA, exemplifica a potencialidade de programas intersetoriais. O conhecimento produzido por meio da pesquisa demonstra que, mesmo diante das tensões, a intersetorialidade, enquanto via, possibilita a superação das dificuldades apontadas no decorrer do cotidiano e provoca avanços no cenário a partir da cogestão e do compartilhamento da operacionalização do Programa.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Saúde na Escola. Diário Oficial da União, 5 Dez 2007.;

INOJOSA, RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. RAP. Rio de Janeiro. 2(2):5,48. Mar/Abr. 1998;

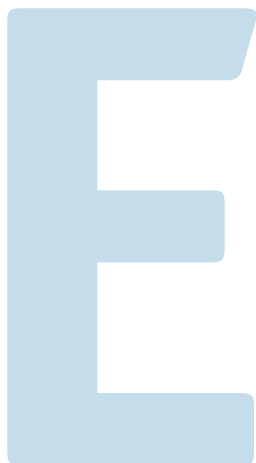
FERREIRA, IRC. et al. Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Ciência e saúde coletiva. 2012, vol.17, n.12, pp. 3385-3398. ;

KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. PASSOS, E (org). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade - Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.;

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1985. Disponível em [http://afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Mat%C3%A9rias/Hist%C3%B3ria%20Social%20da%20Arte%20II/Benjamin,%20Walter%200%20Acessado em 24 de ago. 2014.](http://afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Mat%C3%A9rias/Hist%C3%B3ria%20Social%20da%20Arte%20II/Benjamin,%20Walter%200%20Acessado%20em%2024%20de%20ago.%202014.;);

SCHTZ, F. MIOTO, R. C. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010;

**PALAVRAS-CHAVE:** Intersetorialidade; Saúde; Educação; Programa Saúde na Escola.



## ESTUDO AVALIATIVO SOBRE O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Gaussianne de Oliveira Campelo*  
*Emanoel Avelar Muniz*  
*Rafaela Bezerra Façanha Correia*  
*Antonio Percy Galimbertti Catanio*  
*Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas*

**INTRODUÇÃO:** O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento na Saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral, como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. Neste contexto, a necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação parece ser uma alternativa adequada.

**OBJETIVOS:** Avaliar o acolhimento realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), por meio da percepção dos profissionais de saúde e dos usuários deste serviço, como estratégia para reorganizá-lo de maneira mais eficiente.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem qualitativa, realizada em um território da ESF do município de Sobral, CE. Utilizou-se grupo focal com os profissionais da equipe da ESF, aplicação de questionários aos profissionais que fazem o acolhimento e de formulários aos usuários da unidade. O questionário e o formulário fazem parte do componente Acolhimento à demanda espontânea do instrumento de avaliação externa do programa “Saúde mais perto de você” – acesso e qualidade – do PMAQ, destinado a profissionais e usuários. O grupo focal ocorreu durante o momento de reunião da equipe baseada no Método da Roda, contando com a participação de onze profissionais da equipe de SF. Vale ressaltar que os participantes foram identificados com códigos: P1, P2, P3 até P11 a fim de preservar o anonimato dos mesmos. Todo o material foi gravado e, em seguida, transcrito na íntegra para análise, que consistiu na sistematização e categorização. Atendeu-se às premissas da Resolução 466/2012.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir dos questionários e formulários, foi possível caracterizar o perfil do serviço. Desta forma, o acolhimento à demanda espontânea nesta USF é realizado nos cinco dias da semana, manhã e tarde, ocorrendo na recepção ou outro local. São utilizados protocolos específicos para o atendimento dos usuários. Diariamente existem vagas para consultas destinadas à demanda espontânea e são realizados alguns atendimentos de urgência e emergência. De acordo com os usuários, todos já precisaram ir à unidade de saúde sem hora marcada e foram recebidos bem na maioria das vezes, sendo realizado algo para resolver o problema apresentado. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima. De acordo com os profissionais do acolhimento, os usuários esperam em torno de 20 minutos desde a chegada a unidade até a 1ª escuta e de 30 a 60 minutos para a consulta. No entanto, para os usuários, o tempo de espera para o atendimento, quando se trata de emergências, é de 10 minutos, sendo que a média de tempo gira em torno de 120 minutos para outros atendimentos. A espera prolongada é geralmente identificada como o motivo número um de insatisfação dos usuários. Na USF, já é realizada a avaliação de risco e vulnerabilidade, mas apenas alguns profissionais foram capacitados para tal, sendo essencial ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções. A maioria dos usuários informou que não sabe se a unidade atende emergência, mas sabe que realiza alguns procedimentos, como sutura, retirada de ponto, curativos, nebulização e

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ.

injeção. O que implica em maior necessidade de esclarecimentos e divulgação de informações quanto aos serviços prestados. Do grupo focal, extraiu-se as seguintes categorias: 1) acolhimento como atitude do profissional; 2) acolhimento como ferramenta para a construção do vínculo com a comunidade; 3) acolhimento como atendimento das prioridades; 4) dificuldades para o acolhimento; e 5) potencialidades do acolhimento e expectativas. Das falas, percebeu-se que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas. Além disso, acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato, ou seja, durante o trabalho em ação, que está em processo de construção. Também se destacou que organizar o acolhimento é o grande desafio que a equipe de SF pesquisada está enfrentando. Principalmente, em decorrência da falta de estrutura na USF atual, que funciona em uma casa do tipo conjunto habitacional com poucas adaptações. A falta de recursos humanos, de materiais e de equipamentos é um dos fatores que dificultam o trabalho da equipe de saúde, repercutindo no processo de trabalho, bem como na satisfação do usuário com o serviço oferecido.

**CONCLUSÃO:** Apesar das restrições, impostas pela estrutura da unidade e antigos processos de trabalho, a equipe de SF mostra-se disposta a transformar suas práticas no cuidado à saúde. O acolhimento, até então realizado, tem sido considerado regular ou satisfatório, porém com vistas a melhorar em curto a médio espaço de tempo. Embora breve o contato, foi possível apreender os olhares a partir das perspectivas de profissionais, usuários e gestores utilizando uma variedade de instrumentos. Contudo, ressalta-se as limitações desta pesquisa em decorrência do pouco tempo destinado à mesma e baixa participação dos usuários, que impossibilitou uma análise quantitativa dos formulários. Então, sugere-se que novas pesquisas sejam feitas com uma amostragem maior. Além disso, constatou-se a relevância da avaliação para subsidiar a tomada de decisões pela gestão, além de confirmar que o processo avaliativo deve ser contínuo, como um compromisso adotado pela equipe.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.;

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.;

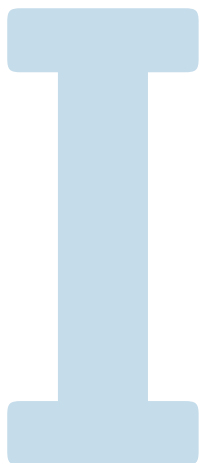
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.;

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (org). Inventando a mudança na saúde. 3.ed. São Paulo (Brasil): Hucitec; 2006.;

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro (Brasil): Editora Fiocruz; 2005.;

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis. [periódico na internet] 2010. [Acesso em 24 Nov 2013]; v.20, n.4. p.1419-1440. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação em Saúde; Acolhimento; Humanização; Atenção Primária à Saúde.



# IMPACTO FARMACOECONÔMICO DA IMPLANTAÇÃO DE FARMÁCIA SATÉLITE NO CENTRO CIRÚRGICO DE HOSPITAL REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL NA CIDADE DE PETROLINA - PERNAMBUCO

*Rita de Cássia Nascimento Oliveira*

*Paula Edilene Ribeiro Marcula*

*Isabel Dielle Souza Lima Pio*

*Deuzilane Muniz Nunes*

**INTRODUÇÃO:** As farmácias hospitalares realizam atividades essenciais ao funcionamento estrutural e organizacional do hospital<sup>1</sup>. Suas atividades ultrapassam a gestão de produtos e serviços hospitalares, envolvendo o cuidado ao paciente<sup>2</sup>. Dentre os setores hospitalares, que demandam maiores serviços e uso de medicamentos e materiais médico-hospitalares, destacam-se o centro cirúrgico (CC), ambulatório, pronto-socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>3</sup>. A instalação de farmácias satélites em setores específicos de hospitais é uma ferramenta importante para a descentralização dos serviços da farmácia hospitalar com objetivo de proporcionar redução nos gastos com materiais e medicamentos e seu uso racional<sup>3,4</sup>. Desta forma, o emprego da farmacoeconomia em ambientes hospitalares se dá como uma alternativa para identificação dos custos hospitalares, podendo ser empregada através de estudos farmacoeconômicos que avaliam diferentes alternativas em saúde<sup>5</sup>.

**OBJETIVOS:** Este trabalho buscou determinar o impacto farmacoeconômico da implantação da farmácia satélite no setor Centro Cirúrgico em um hospital referência materno-infantil na cidade de Petrolina, Pernambuco.

**MÉTODOS:** A pesquisa caracterizou-se como uma investigação farmacoeconômica, através de estudo observacional, descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa. Foram analisados os dados obtidos através do sistema informatizado do Hospital, referente ao setor centro cirúrgico e seus subsetores (bloco cirúrgico e sala de parto). As informações coletadas envolvem custos diretos e indiretos, rateios e procedimentos realizados com descrição de suas quantidades. A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2015, diretamente dos computadores do hospital. Os dados obtidos referem-se a dois períodos, de maio a julho de 2013 e de maio a julho de 2014. A escolha do período foi determinada por duas características: instalação do sistema de gestão hospitalar MV2000 ter se iniciado apenas em abril de 2013 e a implantação da farmácia satélite no setor em estudo ter sido realizada em agosto do mesmo ano.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Primeiramente, a análise dos dados mostrou que o hospital analisado realizou 2319 procedimentos cirúrgicos no período estudado em 2013. No mesmo período de 2014, o número de procedimentos aumentou 48,77%, sendo realizadas o total 3450 cirurgias. Na sala de parto, onde são realizados todos os partos normais da unidade, verifica-se um aumento de 64,3% na quantidade de partos realizados no setor, comparando os meses estudados em 2013 com os de 2014. No subsetor Bloco Cirúrgico, onde são realizados todos os procedimentos cirúrgicos do hospital, para os mesmos períodos, verifica-se um aumento de 32,6% na quantidade de procedimentos realizados. O Centro Cirúrgico apresentou um aumento global dos custos no período estudado em 2014 comparado aos mesmos meses de 2013. Quando analisado o custo médio global do setor por procedimento cirúrgico realizado em cada período, por sua vez, verificou-se uma redução de 27,5% de 2013 para 2014. Esse aumento de produtividade alinhado à redução dos custos por procedimento pode ser reflexo de uma melhora considerável na gestão dos gastos através de intervenções como a implantação de farmácia satélite no setor. Com relação à produtividade, esta foi avaliada quanto ao número de procedimentos realizados, com reflexo no custo médio global por procedimento, que diminuiu consideravelmente na medida em que aumenta a quantidade de cirurgias realizadas. Esse aumento de produtividade alinhado à redução dos custos por procedimento pode ser reflexo de uma melhora considerável na gestão dos gastos. Com relação à descrição dos custos relativos por 100 procedimentos realizados entre os períodos de análise no setor Centro Cirúrgico, verificou-se uma diminuição desses custos em cada variável analisada, excluindo-se apenas "Medicamentos", que

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF, PETROLINA, PERNAMBUCO BRASIL - 2 - HOSPITAL DOM MALAN, PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL - 3 - DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF - COLEGIADO DE FARMÁCIA, PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL - 4 - DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF - COLEGIADO DE FARMÁCIA, PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL.

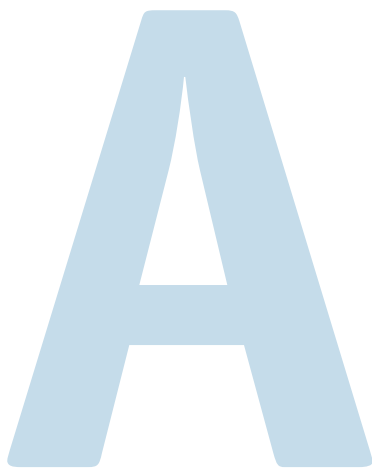
teve um aumento de 3,99% de 2013 para 2014. Avaliando os subsetores separadamente, na Sala de Parto, a redução desses custos relativos foi identificada em todas as variáveis, inclusive nos medicamentos que houve redução de 18,11% e para materiais médico-hospitalares, observou-se uma queda ainda maior, de 28,53%. No Bloco Cirúrgico, por sua vez, houve uma diminuição dos custos relativos por 100 procedimentos na maioria das variáveis, com exceção do “Medicamentos”, que teve um aumento de 27,11% e “MMH” (Material Médico-Hospitalar), que aumentou em 29,0%. Este fato pode ser explicado pelos novos procedimentos que passaram a ser realizados e o aumento no nível de complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados no período de estudo em 2014, comparado a 2013. Desta forma, presume-se que o gasto com medicamentos e MMH neste setor seja maior devido à elevada demanda por medicamentos e MMH mais específicos usados em cirurgias que envolvem desde partos cesáreos até cirurgias oncológicas.

**CONCLUSÃO:** O estudo realizado sugere que a implantação da farmácia satélite no Centro Cirúrgico do hospital referência materno-infantil na cidade de Petrolina, Pernambuco, trouxe benefícios farmacoeconômicos à instituição. Foi possível identificar redução nos custos gerais relativos por procedimento no centro cirúrgico após o início das atividades da farmácia satélite, associado ao aumento da produtividade do setor. Verificou-se ainda que cirurgias de maior complexidade passaram a ser mais realizadas, embora não tenha sido realizada avaliação detalhada de impacto direto a estes procedimentos. Identificou-se, então, melhor eficiência dos serviços no centro cirúrgico, que provavelmente está relacionada às melhores condições assistenciais da farmácia através da agilidade proporcionada pela mesma no setor, o que possibilitou o aumento da produtividade e eficiência geral do setor. Diante disso, é possível concluir que a implantação de farmácias satélites em hospitais é viável economicamente.

## REFERÊNCIAS:

1. REIS, A. M. M.; GOMES, M. J. V. M. Farmácia Hospitalar: Historio, objetivos e funções. p. 275, cap. 15, in Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia Hospitalar. Ed. Atheneu. São Paulo- Rio de Janeiro- Ribeirão Preto- Belo Horizonte, 2003. ;
2. NOVAES, M. R. C. G.; SOUZA, N. N. R.; CIPRIANO, S. L. Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Ed. SBRAFH, São Paulo, 2009.;
3. CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. Farmácia Hospitalar: Um enfoque em sistemas de saúde. 1a ed.: Manole, São Paulo, 2002.;
4. CARBONERA, R. P. Propostas para a implantação de uma Farmácia Satélite no Bloco Cirúrgico de um Hospital Universitário, com enfoque na gestão por processos. Ribeirão Preto, 2011. ;
5. TONON, L. M.; TOMO, T. T.; SECOLI, S. R. Farmacoeconomia: análise de uma perspectiva inovadora na prática clínica da enfermeira. Texto Contexto Enferm, v. 17, n.1, p.177-82, Florianópolis, 2008.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Farmacoeconomia; Serviço de Farmácia Hospitalar; Centro Cirúrgico Hospitalar.



# AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

*Rebeca Barbosa da Rocha*

*Kamila Santos da Silva*

*Iago Santos Vêras*

*Jeferson Souza Silva*

*Gláucia Vanessa Santos Alves*

*Ester Martins Carneiro*

*Dionis de Castro Dutra Machado*

**INTRODUÇÃO:** As pesquisas de satisfação funcionam como instrumento para avaliar, planejar os serviços de saúde e permitir a participação nos processos de avaliação e planejamento de tais serviços (BEATTIE et al. 2005). A satisfação com o serviço de fisioterapia está ligada ao tempo de espera, agilidade no agendamento da consulta, estrutura física do serviço, facilidade de acesso e a forma do profissional se relacionar com o usuário. As características especiais da relação fisioterapeuta/usuário tornam necessária a avaliação da satisfação a fim de proporcionar um serviço de saúde de qualidade. O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo utilizado para caracterizar a percepção do indivíduo às dimensões física, funcional, psicológica e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos. A QV pode estar associada à satisfação, mas não necessariamente, pois usuários com baixa renda podem apresentar menores expectativas e tendem a estar mais satisfeitos com os serviços.

**OBJETIVOS:** Verificar o nível de satisfação com o atendimento fisioterapêutico no Serviço Escola de Fisioterapia (SEF) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), assim como a qualidade de vida dos usuários.

**MÉTODOS:** O estudo é transversal e do tipo descritivo. A amostra incluiu os usuários atendidos no Serviço Escola de Fisioterapia (SEF) da UFPI, nos setores de Fisioterapia traumato-ortopédica e reumatológica, neurofuncional-adulto, cardiorrespiratória e aquática. Como critérios de inclusão foram considerados o comparecimento a no mínimo cinco atendimentos, idade superior a 18 anos e a capacidade cognitiva preservada. Os voluntários que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários foram padronizados com o objetivo de uniformizar a coleta de dados e aplicados na forma de entrevista. O minixame do estado mental (MEEM) foi aplicado previamente ao questionário de satisfação com a finalidade de rastreio cognitivo. Para avaliar o nível de satisfação foi utilizado o questionário sobre a satisfação dos usuários com a Fisioterapia e para avaliar a qualidade de vida foi aplicado o questionário de qualidade de vida (SF-36).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A pesquisa foi realizada no período de abril a maio de 2015. A amostra foi composta por 24 homens e 23 mulheres. A média de idade encontrada foi de 56,1 anos. Quanto aos resultados relativos ao questionário SF-36, a amostra apresentou escores mais elevados no componente mental que abrange os domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Com relação ao componente físico que é composto pelos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, este apresentou escores mais baixos. Nas respostas relativas à interação usuário-terapeuta, das 8 perguntas, apenas 2 obtiveram como resposta a alternativa péssimo, sendo excelente e bom as respostas mais frequentes. Do questionário de satisfação, os itens que obtiveram mais frequentemente a pontuação máxima foram a gentileza e o respeito no tratamento realizado pelos estagiários. Em relação ao tempo de permanência na sala de espera e facilidade na marcação dos atendimentos após a avaliação inicial, estes obtiveram como resposta bom 34%, ótimo 23,4% e excelente 42,6%. Os itens disponibilidade de horários convenientes, facilidade da marcação do primeiro atendimento após indicação, gentileza e disponibilidade do recepcionista e outros membros da equipe receberam como resposta mais frequente a pontuação máxima. Quanto ao ambiente físico da clínica, verificou-se que o item condições de higiene foi o único a não apresentar resposta negativa. O conforto da sala de espera apresentou valores equivalentes entre as respostas positivas. Sendo que os itens facilidade para transitar dentro das instalações da clínica e conforto do ambiente no qual é realizado os atendimentos

1 - FACULDADE LATINO AMERICANA DE EDUCAÇÃO-FLATED - 2 - FACULDADE LATINO AMERICANA DE EDUCAÇÃO-FLATED - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 4 - FACULDADE LATINO AMERICANA DE EDUCAÇÃO-FLATED - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI.



apresentaram respostas mínimas de descontentamento. Os resultados relativos à satisfação geral dos usuários com a fisioterapia indicaram excelente como a resposta mais frequente (46%), apresentando apenas uma resposta ruim. Os entrevistados optaram por sim e com certeza ao serem questionados sobre o retorno e indicação do serviço a familiares e amigos. A avaliação da satisfação por setor de atendimento não mostrou diferença significativa entre os setores analisados ( $p=0,534$ ). Na análise do componente físico da escala de QV, houve baixo escore, o perfil clínico dos pacientes pode justificar tal resultado. O componente mental apresentou escores mais elevados, o que condiz com estudo de ADORNO; NETO (2013), que obteve melhores escores nestes dois componentes após intervenção fisioterapêutica. O componente interação paciente-terapeuta obteve bons resultados, isso corrobora o estudo de VIANA et al.(2014) que investigaram a satisfação de pacientes atendidos em SEF e obtiveram resultados semelhantes. A interação paciente-terapeuta contribui de forma significativa para a satisfação com o serviço, uma vez que o fisioterapeuta, além de desempenhar suas funções de forma tecnicamente competente, deve oferecer um atendimento humanizado (TELLES et al. 2014).

**CONCLUSÃO:** O elevado nível de satisfação dos usuários do SEF mostra a confiança e segurança na realização do tratamento, pois a maioria indicaria para familiares e amigos e retornaria ao serviço caso necessário. As pesquisas de satisfação auxiliam no aperfeiçoamento da qualidade do serviço, visto que refletem as opiniões dos usuários, permitindo identificar as falhas do sistema.

## REFERÊNCIAS:

ADORNO, M. L. G. R.; NETO, J. P. B. Avaliação da Qualidade de vida com o instrumento SF-36 em Lombalgia crônica. Acta ortopédica Brasileira, São Paulo, v. 21, n. 4, ago. 2013.;

BEATTIE P. et al. The MedRisk instrument measuring patient satisfaction with physical therapy care: a psychometric analysis. J Orthop Sports Phys Ther, v.35, n.1, p. 24-35, jan. 2005.;

TELLES, C. M. Satisfação do paciente na fisioterapia aquática. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-52, 2014.;

VIANA, J. R. S. et al. Avaliação da Satisfação com a fisioterapia de pacientes atendidos em uma clínica escola de Maringá- PR. Revista Uningá Review, Maringá, v. 17, n. 2, p. 16- 21, mar. 2014.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de Vida; Satisfação do Usuário; Fisioterapia.



## CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES REGULADOS DE UM HOSPITAL REGIONAL DO SUL DO ESTADO DO PIAUÍ PARA TERESINA - PI

*Mohema Duarte de Oliveira  
João Fellipe Costa Ferreira Bento  
Cleidiane Vieira Soares Cabral  
Luzivania da Costa Cabral  
Pollyana Rocha de Araújo  
Margarete Almeida Freitas de Azevedo  
Valerio Genario Borges de Azevedo*

**INTRODUÇÃO:** A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantada em 2008 com Portaria nº1559, objetiva a organização, controle e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais estabelecidos pelo complexo regulador e unidades operacionais com a regulação médica para a garantia do acesso baseada em protocolos e classificação de risco. A Central de Regulação é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e de qualidade. A Resolução CIB-PI N° 037/2013 criou o Complexo Estadual Regulador da Assistência do Estado do Piauí, mas somente em junho de 2014 foram iniciadas as atividades de Regulação, penúltimo estado a implantar o sistema, ficando à frente somente do estado do Maranhão. O estado dispõe de uma Central Estadual de Regulação de Leitos Hospitalares (CERIH) localizada na capital, responsável pela alocação dos pacientes segundo os leitos de retaguarda, Urgência e Emergência e Obstetrícia.

**OBJETIVOS:** Descrever os pacientes atendidos e regulados de um Hospital Regional de Floriano-PI para a capital, de julho de 2014 a julho de 2015. Caracterizar os pacientes regulados segundo sexo e especialidades requeridas.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo de dados secundários de acesso restrito dos pacientes regulados de um Hospital Regional de Floriano-PI para a capital piauiense, de julho de 2014 a julho de 2015. Floriano está situada no Território de Desenvolvimento dos Vales dos Rios Piauí e Itaueiras que abrange 22 municípios. O Hospital Regional de Floriano é de médio porte, atende os municípios do seu território e municípios de outros territórios de desenvolvimento do sul piauiense. Os pacientes regulados são registrados em livros-controle, bem como em impressos próprios da regulação. As informações dos pacientes atendidos e regulados foram formalmente solicitadas à Coordenação de Regulação Interna do Hospital Regional de Floriano-PI mediante assinatura de termo de responsabilidade e confidencialidade dos dados, utilizando somente as informações necessárias, como sexo e especialidade solicitada. Foi submetido à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ensino Superior de Floriano e parecer n° 00412/15.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de julho de 2014 a julho de 2015, 516 pacientes foram transferidos para Teresina pela CERIH. Destes, 172 em 2014 e 346 em 2015. Em 2014, 59,30% eram do sexo masculino e 48,84% das especialidades solicitadas eram cirurgias ortopédicas, seguidas das urgências traumáticas e clínicas com 28,49%, 5,23% por doenças infecto-contagiosas, 3,49% clínica médica e 2,33% neonatologia e pediátrica. Já em 2015, 63,58% eram homens com 56,36% das transferências do tipo urgência; 20,52% de cirurgias ortopédicas. Neste sentido, a predominância do sexo masculino pode ser explicada pelo fato de o homem estar mais exposto a acidentes de trânsito e acidentes de trabalho (ANDRADE et al., 2003). O número de transferências em decorrência de traumas e cirurgias ortopédicas pode ser explicado pelo aumento do número de acidentes de trânsito e violência doméstica e urbana, aliados ao uso indevido de bebidas alcoólicas, não observância das leis de trânsito, bem como uso de armas de fogo e armas brancas, provocando aumento de traumas. Os leitos de retaguarda serão utilizados para encaminhamento de pacientes de complexidade intermediária, ou seja, com quadro clínico hemodinamicamente estável, sem risco iminente de morte e sem possibilidade de alta no momento do encaminhamento. Uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das centrais de regulação assistencial por temas ou áreas assistenciais: obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações etc. Elas fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta

1 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 2 - HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - HRTN - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 5 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 6 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 7 - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA - FMS.

assistencial, de forma equânime, de qualidade e em tempo oportuno (BRASIL, 2002). A CERIH, no entanto, não regula todos os leitos solicitados para os hospitais de referência em Teresina, como é o caso dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde no período avaliado ocorreram 41 solicitações e transferências para estas unidades, correspondendo a 9,88%, em 2014, e 6,94, em 2015. A regulação para estes leitos ocorre de forma inter-hospitalar, em que o hospital solicitante requer ao solicitado um leito de UTI e o solicitado dispõe ou não da vaga. A CERIH otimiza a utilização dos leitos hospitalares existentes na capital e regionais da saúde, favorecendo a universalidade e igualdade do acesso e garantindo maior agilidade no processo de transferências inter-hospitalares, respeitando a hierarquização dos serviços e identificando a disponibilidade de leitos na rede de serviços.

**CONCLUSÃO:** A efetivação dessa política depende da existência da rede assistencial estruturada e com o fluxo estabelecido, utilizando instrumentos de acompanhamento e monitoramento de conformidades, na questão da operacionalização, ou seja, instituído o complexo regulador. Faz-se necessário o conhecimento da capacidade instalada nas unidades prestadoras de serviços e a oferta dessas unidades, pois isso possibilitará a identificação dos déficits e falhas do sistema e a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente em cada esfera do governo. Assim, é uma ferramenta de gestão que fortalece o papel do gestor, dando maior transparência à relação com a rede prestadora, tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região.

## REFERÊNCIAS:

ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; BRAGA, G.P; MOREIRA, J.H; BOTELHO F.M.N. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. Revista Associação Médica Brasileira, v.49, p.439-44, 2003.;

BRASIL. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/ GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar).;

SESACE. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. A saúde no Ceará: uma construção de todos: relatório de gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: OMNI; 2006.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Regulação e Fiscalização em Saúde; Planejamento em Saúde; Descentralização.



## MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA PERSPECTIVA METODOLÓGICA

*Vick Brito Oliveira*

*Camilla Maria Ferreira de Aquino*

*Islândia Maria Carvalho de Souza*

*Keila Silene de Brito e Silva*

*Adriana Falangola Benjamin Bezerra*

**INTRODUÇÃO:** As discussões sobre a regionalização da saúde no Brasil destacam-se ao passo que novos arranjos são instituídos para lidar com as iniquidades vivenciadas nos cenários regionais (LEITE et al, 2012). No contexto atual, o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, é o principal instrumento regulatório de fortalecimento do planejamento, da organização da assistência e da articulação interfederativa no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011) para lidar com as desigualdades decorrentes da descentralização na década de 90 (ALBUQUERQUE, 2013). Considerando todo o processo histórico da regionalização da atenção à saúde no país, recentemente, resgatou-se o ente estadual para a coordenação das estratégias regionais e da descentralização das ações e serviços de saúde com equidade no acesso ao sistema. Considerando a importância do papel do estado nesse processo, faz-se relevante a utilização de instrumentos de pesquisa que possibilitem a avaliação da gestão estadual no cenário SUS.

**OBJETIVOS:** O presente trabalho objetivou a construção da Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde (MARS) com o intuito de instrumentalizar a avaliação do processo de regionalização de atenção à saúde no contexto da gestão estadual.

**MÉTODOS:** A MARS foi elaborada a partir da Matriz de Reis (2010), que corresponde à sistematização do modelo teórico-lógico da regionalização da assistência à saúde (REIS, 2010). Deste modo, o caminho metodológico adotado foi a técnica de Conferência de Consenso entre especialistas (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005). O Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde – GPEPS/UFPE/CNPq realizou uma oficina com o intuito de discutir a Matriz de Reis e as possíveis modificações baseadas no Decreto nº 7.508. Após as discussões e modificações, a Matriz, nesse momento denominada MARS, foi enviada para 06 avaliadores especialistas para, assim, validar por meio da conferência de consenso a pertinência dos critérios. O processo de avaliação de consenso da MARS organizou-se em três etapas: a 1ª etapa – envio *online* e atribuição de notas de 0 a 10; na 2ª etapa, realizou-se uma oficina com todos os avaliadores para a discussão em grupo e atribuição de notas; e a 3ª etapa – reenvio *online* para os especialistas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Matriz de Reis, em que a MARS foi baseada, partiu de um modelo lógico da regionalização da assistência à saúde organizado em três níveis de análise: governo, gestão e assistência (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Tais níveis se desdobram em 6 dimensões, 14 subdimensões e 83 critérios de análise. Após discussões e reuniões entre os pesquisadores do GPEPS, a respeito da literatura e do atual diploma normativo no âmbito da regionalização, foram acrescentadas as contribuições do Decreto nº 7.508 à Matriz de Reis, a qual com os ajustes passou a ser denominada de MARS e mantidos os 3 níveis, as 6 dimensões, 14 subdimensões e pactuados 102 critérios de análise. O próximo passo referiu-se ao envio da MARS para 06 avaliadores especialistas, acadêmicos com expertise no tema e todos com experiência em gestão na saúde para validar por meio da Conferência de Consenso a pertinência dos critérios. O processo de Avaliação de Consenso da MARS organizou-se em três etapas: envio da MARS para os avaliadores, via correio eletrônico. Cada avaliador analisou e atribuiu uma pontuação, de 0 a 10, para cada critério de análise. Depois de atribuída a nota, os avaliadores retornaram às matrizes para o grupo de pesquisa. Considerando a escala de 0 a 10, para cada critério, foi estabelecido o valor 7 como ponto de corte para a média e o valor 3 para o desvio padrão. Na 2ª etapa, realizou-se uma oficina com todos os avaliadores para a discussão em grupo com o intuito de acordar as modificações, trocar opiniões e contribuições para o consenso da MARS e atribuir notas para o cálculo da média e desvio padrão, respeitando os critérios da avaliação de consenso. Para a 3ª etapa, foi reenviado à MARS para os

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - 3 - CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES/FIOCRUZ - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.

avaliadores, já com todas as modificações acordadas, para avaliação final com a atribuição de notas, para um novo cálculo de médias e desvio padrão. Na primeira rodada de notas, um critério no nível Governo apresentou a média abaixo do valor 7, as demais ficaram acima da média 7 e abaixo do valor 3 atribuído para o desvio padrão. Na segunda etapa, após a finalização da oficina, as matrizes dos 8 pesquisadores já sinalizados foram recolhidas para a tabulação das notas e cálculo da média e desvio padrão de cada critério de análise. Nessa etapa, dos 31 critérios de análise do nível Governo, apenas 8 permaneceram acima da média 7 e abaixo do desvio padrão 3; no nível Gestão, dos 52 critérios de análise, 32 foram validados para a matriz; e no nível Assistência, dos 18 critérios, 9 continuaram na matriz. Na terceira etapa, alguns critérios não alcançaram as notas estipuladas para a avaliação do consenso, assim 6 critérios do nível Gestão não obtiveram a pontuação necessária. Ao final de todas as etapas, a MARS foi finalizada com os 3 níveis, 6 dimensões, 14 subdimensões e 43 critérios de análise.

**CONCLUSÃO:** Diante do protagonismo do estado no processo de regionalização da assistência à saúde, a MARS possibilita uma avaliação do ente no cenário da organização e do planejamento das ações e serviços do SUS. A discussão e a reformulação, a partir do diploma normativo que pauta as ações na regionalização da atenção à saúde, possibilitou a materialização de um instrumento para auxiliar na avaliação no âmbito da gestão, assim como contribuir com pesquisas no campo da saúde coletiva fundamentando metodologias e outros instrumentos de caráter quantitativo ou/e qualitativo. Os momentos forjados pelo instrumento e a escolha metodológica para fundamentar a concretização da MARS fomentaram a discussão técnica sobre o tema, assim como a troca de experiência entre os envolvidos e a construção de um instrumento próximo à realidade do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, MVB. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013. ;

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de Junho de 2011. [Acessado em nov 2014]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm);

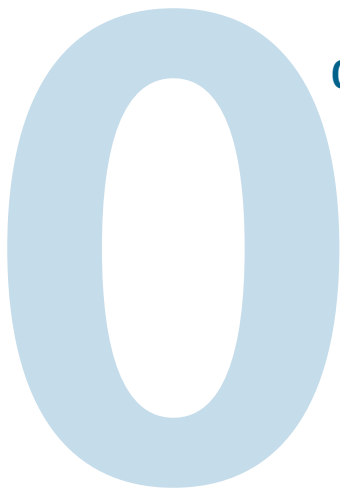
LEITE, VR. LIMA, KC. VASCONCELOS, CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1849-1856. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>. ;

REIS, YAC. Consenso sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS. Dissertação. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2010.;

REIS, YAC. CESSE, EAP. CARVALHO, EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp.s157-s172. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500014>.;

SOUZA, LEPF. SILVA, LMV. HARTZ, ZMA. Conferencia de consenso sobre imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA. SILVA, LMV. (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Regionalização; Avaliação em Saúde; Avaliação de Consenso.



## OUVIDORIA EM SAÚDE: ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

*Lielma Carla Chagas da Silva*

*Emanoel Avelar Muniz*

*Karina Oliveira de Mesquita*

*Ana Karina de Sousa Gadelha*

*Francisca Lopes de Souza*

*Giovana Grécia Anselmo Viana*

*Maria Socorro de Araújo Dias*

**INTRODUÇÃO:** A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados. Esta, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PNGEP), visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS, possibilitando o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, além de contribuir para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde (BRASIL2013). Neste ínterim, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) estabelece a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

**OBJETIVOS:** Descrever os principais achados dos registros da Ouvidoria Municipal do SUS referentes aos elogios e reclamações relacionados ao atendimento nos serviços de saúde pública de um município da Zona Norte do Ceará.

**MÉTODOS:** Pesquisa exploratória – descritiva, do tipo documental, com abordagem quantitativa. Realizada em um município da Zona Norte do Ceará, durante o período de junho de 2015. Para coleta dos dados, foram identificados todos os registros feitos pelos usuários do SUS do município de 2014 a 2015. No total, foram identificados e analisados 72 registros de ouvidoria em saúde, referentes a elogios e reclamações recebidos durante o período de janeiro de 2014 a maio de 2015. A organização e análise dos dados foram orientadas pela estatística descritiva através da contabilização manual dos dados. Tendo como variáveis analisadas o local de ocorrência, o período de ocorrência, os profissionais envolvidos e os motivos de elogio ou queixa e dialogados com a literatura disponível sobre a temática estudada.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Quanto aos elogios, a maior quantidade foi registrada na Atenção Primária à Saúde - APS (57,5%). Sabe-se que o diálogo entre a equipe de saúde e usuários é essencial para a busca de novos e promissores modos de cuidar da saúde, sendo os serviços de Atenção Básica à Saúde identificados como porta de entrada para o usuário ao sistema de saúde e este visto como um dos espaços importantes de interação e corresponsabilidade pelo planejamento e acompanhamento das ações de saúde. A média de ocorrências de elogios no ano de 2014 foi de 2,6/mês e de janeiro a maio de 2015 foi de 1,8/mês, evidenciando, assim, uma diminuição do número de elogios no período analisado. No que se refere aos profissionais envolvidos nos registros identificados, verificou-se que dentre os mais elogiados estavam as gerentes das unidades de saúde (26,2%), sendo, em sua maioria, constituídas de profissionais enfermeiros, e os enfermeiros responsáveis pela assistência à saúde da população (26,2%). Sousa et al (2013) corrobora com o resultado encontrado afirmando que o enfermeiro é identificado como profissional com disponibilidade em ouvir e valoriza também o diálogo durante a realização da consulta de enfermagem fazendo com que os usuários consigam expressar mais facilmente suas dúvidas e necessidades. Constatando, portanto, a importância da comunicação entre o profissional e usuário e fortalecendo o vínculo e confiança entre estes, além de proporcionar uma assistência capaz de produzir saúde, autonomia e corresponsabilização na promoção da qualidade

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 5 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 6 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS.

de vida. Os principais motivos de elogios relacionados ao atendimento foram: atenção (28,6%), disponibilidade (19%) e profissionalismo (12,7%). Quanto às reclamações, a maioria delas (59,4%) também ocorreu na APS. Verifica-se, desta forma, a existência de potencialidades e entraves referidos pelos usuários em relação ao acesso e qualidade da atenção prestada pelos profissionais da APS. Campos et al (2014) corrobora com o achado ao apontar em seu estudo que para os usuários a Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada como primeira opção de escolha para o atendimento de suas necessidades, tendo em vista que a acessibilidade é positiva, entretanto queixam-se da demora do atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde. A média de ocorrências das reclamações foi de 1,4/mês no ano de 2014 e de 3/mês no período de janeiro a maio de 2015, observando, assim, o acréscimo destas. Estas estavam direcionadas principalmente aos profissionais médicos (21%) e auxiliar administrativo (18,4%), e os motivos evidenciados foram falta de gentileza (25,6%) e desrespeito (23,1%). Infere-se que tal achado esteja associado à limitação da demanda do profissional médico em relação à quantidade de usuários que buscam o serviço de saúde e também por ser o profissional burocrata aquele que responde pelos processos de marcação e agendamento de consultas e exames.

**CONCLUSÃO:** A ouvidoria em saúde é uma importante ferramenta de gestão e atua na fiscalização do funcionamento do sistema de saúde. A implantação da ouvidoria é um avanço no campo da gestão democrática. Verificou-se que os principais motivos de elogios e reclamações referentes ao atendimento realizado pelos usuários centravam-se na sua relação com os profissionais de saúde, reforçando a importância de uma comunicação efetiva, do vínculo e da corresponsabilização para o aprimoramento do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.;

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. sup., p. 252-264, Out. 2014.;

SOUZA, P.A. et al. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte, v.17, n.1, p.11-17, Jan./Mar. 2013. ;

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão em Saúde; Gestão da Informação em Saúde; Participação Comunitária; Atenção Primária à Saúde; Relações Profissional-Paciente.



## AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

*Antonio Tiago da Silva Souza*

*Fernanda Ferreira de Moraes*

*Aline Macedo da Silva*

*Wyarlenn Divino Machado*

*Girlene Ribeiro da Costa*

*Anderson da Silva Sousa*

*Telma Maria Evangelista de Araújo*

**INTRODUÇÃO:** O sistema penitenciário no Brasil apresenta diversos problemas, dentre os quais se destacam o déficit de vagas e, principalmente, a falta de uma assistência médica e jurídica adequada e suficiente. O país tem a oitava maior população carcerária por habitante e o número de presos aumentou consideravelmente nos últimos 12 anos. A literatura nacional e internacional chama a atenção para o alto risco de vulnerabilidade às doenças infecciosas entre a população carcerária. A privação de liberdade induz condições de limitação de espaço, de organização social e mental, que favorecem comportamentos de risco para múltiplas doenças transmitidas de pessoa a pessoa (COELHO et al, 2009). Em 2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que afirma que as penitenciárias devem ter uma equipe mínima de saúde. Essas equipes têm como atribuições fundamentais o planejamento das ações de saúde, a promoção e vigilância e o trabalho interdisciplinar em equipe.

**OBJETIVOS:** Diante do exposto, objetivamos identificar a existência de ações educativas para a prevenção de DST/AIDS em dois presídios, um masculino e outro feminino, ambos situados na cidade de Teresina.

**MÉTODOS:** Estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em duas penitenciárias de Teresina. Ao todo, foram entrevistados 25 sujeitos, sendo dez detentos e onze detentas, dois funcionários e os dois gestores, um de cada penitenciária. Para coleta dos dados, foram usados roteiro de entrevista semiestruturado, gravador digital e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A estrutura básica do roteiro de entrevista foi subdividida em duas partes: a primeira constou de dados sociodemográficos e a segunda por perguntas abertas. As entrevistas foram agendadas em horários predeterminados pelo gestor da unidade penitenciária, que solicitou que fossem realizadas sob escolta de um agente penitenciário. A entrevista foi aplicada individualmente, em situação face a face, em ambiente preservado, com condições adequadas de conforto e segurança. O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº 17610613.4.0000.5214).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Caracterização dos sujeitos: a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, solteiro, com no mínimo três meses de detenção. Predominaram jovens, pardas e que tinham como ocupação, antes do encarceramento, atividades domésticas. Sobretudo, possuem baixa renda salarial. Quanto ao perfil da população masculina, predominaram jovens, pardos, solteiros, com tempo de reclusão superior a cinco meses, que tinham como ocupação antes do encarceramento atividades ligadas ao setor de construção civil. Também apresentaram baixa renda salarial e educacional. Os dois gestores possuíam graduação, um em Direito e o outro em Serviço Social. As duas profissionais de saúde eram técnicas de enfermagem. Conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS: o uso consistente de preservativo foi considerado pelos detentos a medida mais eficiente na interrupção da transmissão das DST/AIDS. A maioria dos entrevistados relatou ter recebido algum tipo de informação sobre DST, sendo as palestras a mais lembrada. As fontes de informações citadas foram escolas, hospitais, revistas e outros (pais, família, palestras, amigos e TV). Ações educativas em saúde para a prevenção das DST/AIDS no sistema penitenciário: as ações de caráter preventivo no sistema penitenciário adquirem uma grande dimensão entre os fenômenos de saúde pública. O contato com a população externa implica que os resultados dessas ações atingem um raio

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 2 - ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUÍ - AESPI - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 4 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP/CE - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.



maior que os muros da penitenciária (STRAZZA; AZEVEDO; CARVALHO, 2006). Ambos os funcionários das duas penitenciárias evidenciam não conhecer o conteúdo das propostas do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - PNSSP, mas afirmam que a unidade trabalha com as propostas e demonstram ter apenas um conhecimento superficial do que o plano preconiza. Na entrevista com a gestora da penitenciária feminina, a mesma afirmou que o presídio trabalha com as propostas do PNSSP. Já o gestor da penitenciária masculina afirmou que o PNSSP vem sendo implementado de forma gradativa. Realidades diferentes foram apontadas entre os dois universos pesquisados, masculino e feminino. Certifica-se, através das falas, uma deficiência de ações educativas para prevenção de DST/AIDS na unidade masculina, enquanto que na feminina tais atividades são trabalhadas com ações de saúde de forma intersetorial com serviços oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Piauí e Instituições de Ensino Superior por meio de projetos de extensão universitária. Por estar privada de liberdade, a população carcerária torna-se dependente do Estado para ter acesso a informações de qualidade sobre prevenção de doenças e saúde sexual (BRASIL, 2010).

**CONCLUSÃO:** Reconhece-se que os encarcerados estão fortemente vulneráveis a contrair DST, pois apresentam comportamentos que põem em risco a sua saúde. Observa-se que a relação existente entre os encarcerados e as DST encontra-se em raízes mais profundas e complexas, que perpassam além do indivíduo. Mostram-se arraigados em aspectos culturais, sociais e econômicos que são resultantes de interação destes sujeitos com o meio em que vivem e de como compreendem. Foi observado que não há interação de conhecimento entre os profissionais, sendo feito apenas um trabalho multiprofissional. O ideal seria um trabalho interdisciplinar em que se criem novos métodos de trabalhos dentro da unidade. É preciso um maior entendimento de que as ações de promoção e prevenção também devem ser ofertadas para as pessoas privadas de liberdade. Desta forma, a implementação das ações previstas nos programas de saúde submete-se à função social da propriedade intelectual perante o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS:

COELHO, H. C. et al . Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 12, n. 2, June 2009 . Disponível em: . Acesso em 01 Mai 2015;

STRAZZA, L.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Prevenção do HIV/AIDS em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo – SP, Brasil. DST - J bras Doenças Sex Transm Niterói, v.18, n.4, 2006. Disponível em Acesso em 30 Abr 2015;

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília (DF), 2003. Disponível em . Acesso em 29 Abr 2015;

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Enfermagem; Direito à Saúde; Doenças Sexualmente Transmissíveis.



## SEGURANÇA DO PACIENTE: CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS NOTIFICADAS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

*Gervânia Bezerra Gomes*

*Juliana Mendes Gomes de Medeiros*

*João Kildery Silveira Teófilo*

*Diana Karla Muniz Vasconcelos*

*Juliana Veras Araújo Pinto*

*Cibelly Aline Siqueira Lima de Freitas*

*João Henrique Vasconcelos Cavalcante*

**INTRODUÇÃO:** A incidência de quedas é um indicador sensível da qualidade assistencial e um dos mais importantes indicadores relacionados à segurança do paciente por ser representativo dos processos assistenciais e da adequação às estruturas físicas e recursos necessários para prevenção dos eventos adversos. Geralmente, a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores individuais, como idade avançada, história recente de queda, mobilidade reduzida, uso de medicamentos e hipotensão postural. E ainda a fatores estruturais, como pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e repercussões de ordem legal (CORREA ET AL, 2012).

**OBJETIVOS:** Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar as quedas ocorridas em pacientes internados em um hospital terciário da Zona Norte do estado do Ceará.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, com dados secundários, realizado em um hospital terciário da rede pública do estado do Ceará. Os dados foram obtidos no banco de informações de acompanhamento de incidentes do Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP). Para alimentação desse banco de dados, utiliza-se a ficha de notificação e investigação de quedas, que são preenchidas pelos profissionais e repassadas ao NUGESP pelas coordenações dos serviços. Para essa pesquisa, foram analisadas as notificações realizadas de janeiro a julho de 2015. As variáveis estudadas relacionadas ao evento foram setor e turno da ocorrência, tipo de queda, presença de acompanhante no momento da queda, risco de queda estabelecido pela escala de ESEL e pela sinalização do risco no leito do paciente. Os resultados foram tabulados por meio de frequência absoluta e relativa e apresentados conforme a estatística descritiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de janeiro a julho de 2015, foram notificadas 44 quedas de pacientes. As unidades de internação com os maiores índices de queda foram a Clínica Médica (50%) e a Clínica Cirúrgica (20%). Outros setores como a clínica neurocirúrgica, pediatria e emergência adulto também notificaram o incidente, 4,5% cada uma delas. A frequência das quedas foi maior nas unidades de internação Clínica, onde os pacientes apresentam maior tempo de permanência, maior complexidade da doença e idade elevada. Características da complexidade dos pacientes, das circunstâncias e das atividades desenvolvidas podem contribuir para a ocorrência das quedas (CORREA ET AL, 2012). As quedas ocorreram principalmente no turno da noite (41%), sendo o tipo predominante o da própria altura (45%), seguido em menor proporção pelas que ocorreram diretamente das camas (34%). Em 47% dos eventos, o paciente estava com acompanhante. As quedas ocorreram principalmente durante a noite, da própria altura e, muitas vezes, com presença de acompanhante, indicando a necessidade de reforço das orientações aos pacientes e acompanhantes. Com relação ao tipo de queda, verificou-se que as da própria altura foram as mais frequentes, semelhante a estudo realizado em um hospital no sul do país, onde 53,4% destas ocorreram da própria altura. Conforme Prates (2014), a partir da prática clínica, pode-se inferir que muitos pacientes não solicitam auxílio da enfermagem para realizar atividades como sair do leito e ir ao banheiro por superestimarem suas capacidades físicas e/ou por constrangimento em não “incomodar” o profissional, fato que pode se acentuar durante a noite. Quanto ao grau do dano sofrido pelos pacientes, 70% destes não sofreram danos e 30% apresentaram danos leves. As quedas podem ou não causar lesões

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 2 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN - 3 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN - 4 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN - 5 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA.

físicas aos pacientes e podem variar desde escoriações, abrasões, hematomas, dor, traumas cutâneos ou laceração, ferimentos corto-contusos, sangramento, contusão e equimose até alteração do comportamento, perda da consciência, fraturas, hematoma subdural e parada cardiorrespiratória (SOUSA, 2014). Verificou-se que não houve nenhum registro de danos considerados moderados, graves ou óbitos relacionados a quedas na instituição do estudo. No que diz respeito à sinalização dos riscos, 47% dos pacientes apresentavam risco para queda conforme escala ESEL e 57% tinham placa de identificação no leito sinalizando o risco de queda. O hospital do estudo estabelece que seja realizada uma avaliação (ESEL), pelo enfermeiro assistencial, para identificar o risco de queda na admissão e diariamente. Na evidência do risco, realiza-se registro no prontuário *online*, sinaliza-se o risco através da placa de identificação no leito e recomendam-se as medidas de prevenção.

**CONCLUSÃO:** A caracterização dos incidentes permitiu identificar alguns aspectos relevantes para o entendimento da ocorrência das quedas na instituição. Estas aconteceram na sua maioria no setor da clínica médica, sendo da própria altura, predominantemente no turno da noite e em pacientes com acompanhantes. Na maioria dos casos, não houve dano aos pacientes e os riscos estavam sinalizados, tanto no ESEL quanto no leito. A existência de eventos adversos que comprometem a segurança do paciente, como as quedas, constitui um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência. Somente com investigação e análise destes incidentes, recomendações poderão ser implementadas, baseadas nas melhores práticas e evidências disponíveis a fim de mitigar os riscos e os eventos adversos, o que consequentemente acarretará em melhoria da assistência prestada ao paciente contribuindo para o planejamento de intervenções preventivas.

## REFERÊNCIAS:

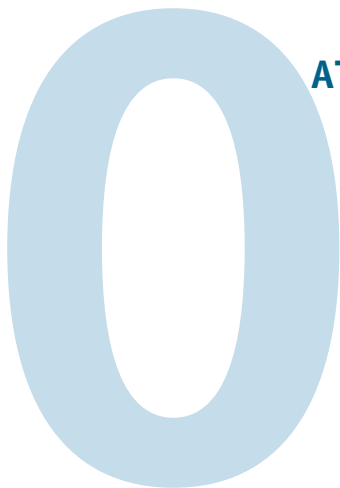
CORREA, Arlete Duarte et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 46, n. 1, p.67-74, Feb. 2012. Acesso em 14 de agosto de 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100009&script=sci_arttext);

PRATES, Cassiana Gil et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. *Ciência, cuidado e saúde. Maringá – PR*, v. 13, n. 1, P.74-81. Jan/Mar (2014). Acesso em 14 de agosto de 2015. Disponível em: [http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20728/pdf\\_115](http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20728/pdf_115);

SOUSA Kelen Adriane da Silva. Quedas de pacientes adultos em um Hospital Público de Ensino. Belo Horizonte, MG. 2014. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidentes por Quedas; Quedas; Segurança do Paciente; Gerenciamento de Riscos; Hospital.

# O PAPEL DO NASF PARA A REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO PIAUÍ NO CONTEXTO DO PMAQ



*Lúcia de Fátima da Silva Santos*

*Tauani Zampieri Cardoso*

*Maria José Bistafa Pereira*

*Osmar de Oliveira Cardoso*

**INTRODUÇÃO:** Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência, a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica à Saúde (ABS). A reabilitação no NASF tem assumido papel de fundamental importância, visto que a atuação multiprofissional pode proporcionar a redução de incapacidades, deficiências e ampliar o acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2009). As ações de reabilitação, historicamente, estão associadas aos níveis secundários e terciários de atenção, baseadas em um modelo biomédico e reparativo. Todavia, a reabilitação na ABS se distancia dessa definição devendo repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, à sua família e à comunidade, considerando todas as necessidades identificadas no território para além do plano da deficiência propriamente dita.

**OBJETIVOS:** Analisar os resultados da avaliação externa dos NASF participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) no estado do Piauí em relação às ações de reabilitação prestadas na ABS.

**MÉTODOS:** Estudo transversal e quantitativo. O banco de dados foi fornecido pelo DAB/SAS/MS e foi coletado na avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, no período de janeiro a maio de 2014. Foram utilizadas as questões do módulo IV referentes à reabilitação respondidas por trabalhadores da saúde que compõem as equipes dos NASF. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o protocolo nº 21904. Realizou-se estatística descritiva com os dados obtidos utilizando Excel (Microsoft®) - 2007.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram avaliadas 86 equipes dos NASF participantes do PMAQ no estado do Piauí. Conforme os dados coletados, as ações de reabilitação executadas pelos NASF estão voltadas para pessoas com deficiência e doentes crônicos. Entre as ações referidas como desenvolvidas para pessoas com doenças crônicas estão as ações de reabilitação da condição motora (89,2%), cardiorespiratória (72,3%), psicossociais (84,3%) e agravos relacionados à alimentação e nutrição (90,4%). Quanto às estratégias de reabilitação voltadas para as pessoas com deficiências, 86% dos NASF referiram apoiar e desenvolver esse tipo de estratégia com as equipes de atenção básica. Estas ações são desenvolvidas por meio da educação permanente em saúde (66,2%), elaboração de projeto terapêutico singular (58,1%), articulação intersetorial (78,4%) e em sua grande maioria por meio da reabilitação no domicílio (95,4%). A reabilitação no domicílio foi a estratégia mais referida como utilizada pelos NASF. Esse tipo de atendimento caracteriza um dos sentidos da integralidade por ser um modo de organizar a prática que potencializa a compreensão e a participação da família no processo assistencial, e que na reabilitação, geralmente, demanda por uma continuidade do cuidado (REIS et al., 2012). Embora a articulação intersetorial seja citada pela literatura (PALHA; PAULA; PROTTI, 2004) como um grande desafio preliminar para o processo reabilitativo, observou-se percentuais significativos de ações intersetoriais referidas pelos NASF do Piauí. A articulação intersetorial é de grande importância para ações de reabilitação, uma vez que conjuga educação, saneamento, transporte, entre outros setores, em uma direção única de produção de estratégias eficazes na prevenção, promoção e na intervenção diante dos problemas da sociedade (BRASIL, 2009).

**CONCLUSÃO:** Foi referido um elevado percentual de ações de reabilitação realizadas pelos NASF, podendo ser consideradas um reflexo da demanda e da necessidade desse tipo de atenção, demonstrando sua importância no contexto da ABS. A principal

estratégia utilizada na concretização dessas ações contribui para a garantia da assistência e do acesso aos usuários com dificuldade ou impossibilidade de deslocamento aos serviços de reabilitação, demonstrando avanços na abrangência das ações na ABS e potencial para a integralidade da atenção. Os dados obtidos pelo PMAQ caracterizam um breve levantamento das ações e estratégias realizadas pelos NASF para reabilitação. Assim, são necessários estudos que qualifiquem a atuação dos NASF e das estratégias por eles utilizadas para alcançar seus objetivos para uma compreensão mais ampliada de sua contribuição na inserção dos serviços de ABS nas Redes de Atenção à Saúde, além de estudos que avaliem o impacto da atuação dos NASF nas ações de articulação intersetorial.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n.7).;

PAULA, K. A.; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. Interface Comunicação Saúde Educação, vol. 8, n. 15, p. 331-348, 2004.;

REIS, D. C. et al . Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiologia Serviços de Saúde, v.21, n.4, 2012. Disponível em . acessos em 04 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400016>.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Reabilitação; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.



# CARACTERIZAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NO PIAUÍ, NORDESTE E BRASIL NOS ANOS DE 2005 E 2012

*Valério Genário Borges de Azevedo  
Margarete de Almeida Freitas de Azevedo  
Lorena Bastos Nogueira da Rocha  
Mohema Duarte de Oliveira  
Pollyana Rocha de Araújo*

**INTRODUÇÃO:** Todo cidadão tem direito ao uso de serviços públicos de saúde e o Estado tem o dever de promover a saúde da população. O acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurado pela Constituição de 1988, no entanto, o acesso de forma igualitário a esses serviços é um dos principais desafios dos nossos governantes (Politica, 2014). A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos, por exemplo, são aspectos da oferta que influenciam o consumo de serviços de saúde. As escolhas individuais também devem ser levadas em consideração. Inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades (Travassos, 2000). Ao estudar o efeito da oferta de leitos hospitalares, Castro et al (2005), observou que quanto maior a disponibilidade de leitos, maior a chance de um indivíduo se internar e evidencia-se assim que quando a oferta de leitos não for suficiente, internações que ocorreriam por necessidades de saúde podem não acontecer.

**OBJETIVOS:** O presente estudo tem a finalidade de caracterizar os leitos hospitalares, comparando a situação encontrada no Piauí, Nordeste e Brasil, observando também a sua evolução a partir de dados disponíveis de dois momentos, 2005 e 2012, analisando a produção das desigualdades em saúde.

**MÉTODOS:** Trata-se de um de estudo descritivo e retrospectivo com base em dados secundários obtidos na Rede Interagencial de informações para a saúde –RIPSA dos Indicadores e Dados Básicos - Brasil - IDB- 2012 (<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saudeno-brasil-idb/base-de-dados-idb/>, acessado em 02 de setembro de 2015). Segundo informações do RIPSA, a construção e revisão do IDB é feita através de interação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) com as instituições fontes dos indicadores e com as diversas instâncias de coordenação condução técnica da RIPSA. Nos indicadores de Recursos foi escolhida a Distribuição de leitos hospitalares segundo esfera administrativa e tipo de prestador - CNES/MS. Na seleção leitos existentes foram analisados o número de leitos, tipos de leitos no Piauí, Nordeste e Brasil nos anos de 2005 e 2012. Outra variável estudada foi Leitos hospitalares por 1.000 habitantes onde também foram utilizados dados do IDB 2012.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados encontrados mostram que a condição de acesso aos serviços de saúde no nosso país está piorando, quando analisamos a quantidade de leitos disponíveis para cada 1000 habitantes. Em 2005, esse índice era de 2,53 para o Brasil, no Nordeste de 2,48 e no Piauí de 2,76. Já em 2012, podemos observar uma diminuição nesses valores, sendo observado no Brasil o valor de 2,35, no Nordeste de 2,20 e no Piauí de 2,56. O índice preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes, revelando a precariedade da saúde no nosso país. Os dados coletados apontam uma realidade que aflige a população nas unidades saúde de todo o país: a diminuição do número de leitos disponíveis, pois a falta de leitos para internação é considerada a principal causa da superlotação e do atraso no diagnóstico e no tratamento, que, por sua vez, aumentam a taxa de mortalidade. No período observado, entre 2005 e 2012, constatou-se uma diminuição de 9,851 leitos no Brasil, sendo o Nordeste, a região mais afetada, com uma redução de 7.685 leitos. No Piauí foi observado 230 leitos a menos. Em relação à categoria tipos de leitos no Brasil, Nordeste e Piauí a maior porcentagem foi representada pelos leitos clínicos e cirúrgicos respectivamente. Segundo dados do CNES ([http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=22&VMun=&VComp=201412](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=22&VMun=&VComp=201412)). Acessado em 02 de setembro de 2015) em dezembro de 2014 no Piauí em houve uma diminuição dos leitos cirúrgicos e aumento dos leitos clínicos. Os resultados aqui apresentados evidenciam a complexidade da realidade da saúde

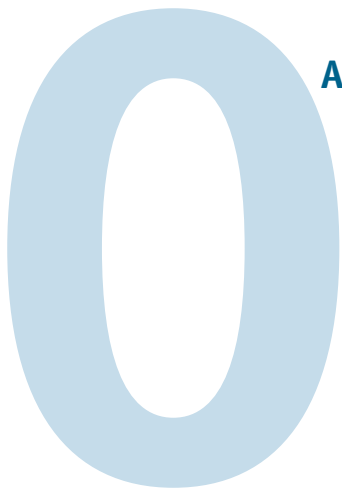
brasileira e os inúmeros fatores que interferem no padrão de consumo de serviços de saúde, o que resulta em um quadro de desigualdades cumulativas que mostram o quão distante encontra-se o sistema de saúde do país dos princípios igualitários propostos. Segundo Travassos, et al, em 1998, o padrão de desigualdade social no uso do sistema de saúde brasileiro era diferente para as regiões do Brasil, sendo o Nordeste uma das regiões com maior desigualdade social na utilização segundo a renda e a escolaridade. Esses resultados corroboram com os encontrados nesse estudo, estando o Nordeste também em piores condições em acesso a saúde quando comparado à realidade do Brasil como um todo. Para Mendes, 2012, o processo de mudanças da assistência na rede pública de saúde do país ocorrida nos últimos dez anos é caracterizado por quatro aspectos principais: grande redução no número de internações, ampliação da assistência ambulatorial, crescimento da assistência de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e uma distribuição dos leitos e das internações nas especialidades não racional em relação às necessidades da população. Tal processo apresenta algumas características que demonstram ser um movimento não planejado de acordo com as transformações exigidas pelo momento de transição demográfica, social e epidemiológica e uma distribuição não racional das internações nas especialidades.

**CONCLUSÃO:** O Brasil apresenta grandes desigualdades no acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, principalmente no que diz respeito aos leitos hospitalares disponíveis, seja pelo número insuficiente dos mesmos em alguns locais ou pela baixa complexidade e qualidade dos leitos ofertados. Essa realidade se torna mais evidente nas regiões mais pobres no nosso país, como a região Nordeste, onde foi observada uma grande redução no número de leitos. A não implementação dos princípios básicos do SUS, como universalização, equidade, integralidade do atendimento à saúde dos cidadãos, garantidos pela constituição agravam ainda mais o quadro de desigualdades ao acesso aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS:

- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS. [acessado em 2013 mar 28]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>;
- CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 39, n. 2, p. 277-284, Apr. 2005 .;
- MENDES, Antonio da Cruz Gouveia et al . Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 28, n. 5, p. 955-964, May 2012 . ;
- POLITI, Ricardo. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Econ. Apl., Ribeirão Preto*, v. 18, n. 1, p. 117-137, Mar. 2014 . ;
- TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000 .;
- TRAVASSOS, Cláudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 11, n. 4, p. 975-986, Dec. 2006 . ;

**PALAVRAS-CHAVE:** Leitos hospitalares; Tipos de leitos; Piauí;



## O I FÓRUM ANTIMANICOMIAL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II SUL/TERESINA-PI: UM RELATO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL

*Sayonara Genilda de Sousa Lima*

*Andréia de Sousa Leite*

*Diaponira Vitória da Silva Santos*

*Leya Cyntia Pereira dos Santos*

*Marconi de Jesus Santos*

*Francisca Sora Rodrigues da Costa*

*Priscila Cristiane Buhatem do Lago*

**INTRODUÇÃO:** O Movimento da Luta Antimanicomial é estabelecido no Brasil, em 1987, com o objetivo de superar o hospital psiquiátrico, denunciando os maus-tratos e as irregularidades ocorridas nesses dispositivos. A partir daí, originasse um movimento representado pela luta das pessoas com transtorno mental, de seus familiares e dos trabalhadores da Saúde Mental por um serviço de saúde digno que respeite as suas singularidades e lhes garanta a reinserção no convívio social (LEME, 2013). Desta forma, entende-se que a luta antimanicomial representa um processo de mudança cultural, política e de inclusão na sociedade, e para que o mesmo se afirme são necessárias ações que modifiquem, não apenas os serviços de saúde, mas que também atinjam a dimensão sociocultural, essencial para a reinserção da loucura. Assim, no dia 18 de maio de 2015 ocorreu o I Fórum Antimanicomial do CAPS II Sul com a finalidade de estimular a defesa de uma cultura antimanicomial por meio de discussões e formulações de propostas.

**OBJETIVOS:** Apresentar a experiência da comemoração da Luta Antimanicomial em Teresina – Piauí no ano de 2015 que culminou na realização do I Fórum Antimanicomial do CAPS II sul. **MÉTODOS:** Tal relato de experiência é uma análise da participação social promovida pelo I Fórum Antimanicomial do CAPS II Sul. O Fórum abordou, por meio de palestras, temáticas como: “Cultura manicomial: é possível mudar? ”, que expos diversas visões acerca da cultura manicomial e antimanicomial; “CAPS: você sabe o que é e para que serve?”, a qual trouxe a exposição e explicação dos serviços oferecidos pelos CAPS; “Rede de Atenção Psicossocial – RAPS” abordou as portarias que regulamentam a RAPS, seus eixos e serviços; “Reflexões sobre o cuidado em saúde mental na atenção psicossocial” que incitou a reflexão acerca de como tem ocorrido o cuidado em Saúde Mental; e “A participação da família no cuidado”, que discutiu qual o papel da família nesse contexto. Após as palestras, iniciou-se a mesa redonda sobre os “Relatos de experiência do protagonismo em saúde mental”, a qual apresentou experiências de autonomia e empoeiramento. Assim, o evento culminou com a elaboração de uma carta aberta.

**RESULTADOS:** As discussões no Fórum permitiram visualizar que a cultura manicomial não se atém apenas aos hospitais psiquiátricos, mas está associada às práticas de cuidado como um todo, é uma cultura que está nos pensamentos, são os manicômios mentais, e, eles apresentam-se: quando o usuário aceita a imposição de que o CAPS é o único serviço o qual pode fazer parte; quando o profissional do CAPS tutela o usuário, infantilizando-o; quando a família transforma o CAPS em uma “creche”; quando os serviços da Rede acreditam que a atenção à saúde mental, cabe apenas aos serviços voltados à saúde mental e que este não é de sua competência. De tal modo, é preciso articular a rede de apoio formal e informal, assim como, incentivar a autonomia e o protagonismo dos usuários. Nessa perspectiva, o Fórum apresentou como resultado uma carta aberta que foi elaborada pelos presentes no evento, evidenciando o seu ponto auge: o estímulo a participação e o controle social. Na carta aberta apresentou-se as seguintes propostas: Melhorar a infraestrutura dos serviços e possibilitar a acessibilidade aos deficientes; Priorizar a qualidade dos atendimentos aos usuários no CAPS e não a produtividade; Reforçar a comunicação da equipe multidisciplinar; Possibilitar educação permanente para capacitar os profissionais do serviço; Possibilitar projetos extramuros para os usuários através de cursos profissionalizantes; Abrir mais residências terapêuticas e preparar os profissionais para o acolhimento; entre outros.

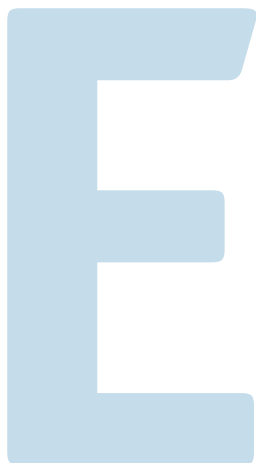


**ANÁLISE CRÍTICA:** A luta antimanicomial foi ratificando que não eram somente as paredes e os profissionais dos manicômios que eram manicomiais, mas a sociedade como um todo. Assim, o Fórum Antimanicomial do CAPS II Sul demonstrou a importância de conhecer o contexto da reforma psiquiátrica, pois, acredita-se que essa reforma se resume em uma mudança técnica, mas, na realidade, está para além, ela envolve uma luta política, mostrou, também, que é necessário que haja o diálogo entre a rede, pois é, possível perceber que a rede é vasta, mas falta articulação, que é indispensável para de institucionalizar os usuários. Evidencia-se, assim, que é fundamental pensar na reinserção do usuário, e, nele como sujeito, em sua singularidade, auxiliando as famílias a desconstruir o pensamento manicomial, de modo, a buscar a emancipação dessa família e dos usuários. Portanto, é pensar a saúde mental não como a ausência de transtorno mental, mas como qualidade de vida. E, que, para isso aconteça em sua efetividade é preciso investir em espaços de participação social que, nesse contexto, apresentou-se “como estratégia para a democratização do setor saúde, que se desenvolve por meio de processos de interação entre os diversos segmentos da sociedade civil e o Estado” (Guimarães et all, 2010).

**CONCLUSÃO:** Assim, com base no exposto fica claro que o Fórum promoveu a reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica como uma reforma que precisa ser efetivada no âmbito sociocultural, incitando a crítica a cultura manicomial, além de proporcionar a participação propositiva dos usuários por meio da construção da Carta Aberta, contribuindo para construções coletivas relacionadas a luta antimanicomial no Piauí.

## REFERÊNCIAS:

**PALAVRAS-CHAVE:** Luta Antimanicomial; Participação Social; Reinserção Social;



## EDUCAÇÃO NO TRÂNSITO COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE ACIDENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Igor Robson de Sousa Lima*

*Maria Marta Sousa Mota*

*Arethusa de Melo Brito Carvalho*

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, ocorreram mais de 42 mil óbitos decorrentes de acidentes de trânsito no ano de 2013 e 201.000 hospitalizações em 2014 (POR VIAS SEGURAS, 2015). Diante deste grave problema de saúde pública, representado pela mortalidade de acidentes de trânsito, diversas ações têm se mostrado eficazes no tocante às questões educativas voltadas aos usuários das vias públicas. Neste sentido, a educação no trânsito suscita ideias que variam desde o aprendizado de normas e habilidades para conduzir veículos a advertências e preceitos de civilidade (PAVARINO FILHO, 2009). Diante do exposto, a promoção da saúde e a prevenção de acidentes no trânsito trilham pelo mesmo caminho, mediante a perspectiva de custos no investimento com subsídios necessários para o atendimento hospitalar ao acidentado, à recuperação e reabilitação deste personagem, bem como a implementação de ações e/ou atitudes que objetivem reduzir o número de acidentes e da vulnerabilidade no trânsito, preservando, assim, a vida.

**OBJETIVO:** Instruir a população acerca da importância de boas práticas e cuidado no conduzir de veículos por vias públicas.

**MÉTODOS:** Estudo exploratório, descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de junho a julho de 2015. Como método, foram realizados encontros para a apresentação de palestras por discentes do curso de pós-graduação em Enfermagem do Trabalho com o tema “Educação no trânsito em favor da vida” para trabalhadores de uma empresa do ramo da construção civil, localizada em Teresina – PI, bem como rodas de conversa sobre ações educativas no trânsito e complicações perante os acidentes automobilísticos, por meio de fotos, vídeos e depoimentos de indivíduos vítimas de acidentes de trânsito. Em decorrência do curto espaço de tempo disponibilizado aos discentes para a realização das palestras e rodas de conversa, houve uma divisão no planejamento em três encontros, realizados em um dos canteiros de obra da empresa, durante o horário de trabalho.

**RESULTADOS:** No primeiro encontro, com um tempo estimado de 10 minutos, houve apresentação dos palestrantes e explicação sobre a ação educativa pretendida, com ênfase na importância acerca do tema, bem como ficou acordado uma nova data para os próximos encontros. No segundo encontro, com um tempo de 15 minutos, os discentes abordaram a importância de se adotar boas práticas no trânsito, como o uso de cinto de segurança, capacete no caso de motociclistas, respeito à sinalização semafórica, às placas, às faixas de pedestres e às vias exclusivas, uso de celulares, dentre outras, com o objetivo de demonstrar que tais atitudes podem fazer a diferença ao trafegar por vias públicas, pois previnem acidentes. Neste encontro, foram expostos, ainda, imagens e vídeos de acidentes automobilísticos e relatos de sobreviventes de tais eventos. O terceiro encontro, com a disponibilização de 10 minutos, foi um momento de escuta, em que os discentes apenas ouviram relatos de alguns participantes acerca da mudança de suas percepções em relação ao trânsito e da vulnerabilidade às quais os mesmos estão expostos continuamente quanto ao respeito às normas e legislações de trânsito vigentes e, o mais importante, quanto à valorização e respeito à vida. Esse encontro foi considerado de grande importância por representar um *feedback* a respeito de todas as informações transmitidas aos trabalhadores, bem como um momento de avaliação sobre o alcance do objetivo proposto.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Nada pode parecer mais louvável que a intenção de reduzir – ou eliminar – lesões e mortes no trânsito, entretanto, faz-se necessário a adoção de ações como a promoção da saúde, em que medidas educativas dirigidas a quem circula nas vias públicas tenham, a priori, preocupação com a integridade física (PAVARINO FILHO, 2009). Tais ações trilham lado a

lado com as ações preventivas, o que pressupõe reflexões acerca de atitudes que fazem toda a diferença no trafegar pelas ruas e remete à ideia de bem-estar do indivíduo e da coletividade.

**CONCLUSÃO:** Os participantes deste estudo reconheceram o aumento de seu conhecimento acerca da temática abordada, especificamente sobre adoção de melhores atitudes e condutas no trânsito e identificação de riscos que os mesmos estão expostos diariamente para que a saúde e a vida dos mesmos possam ser preservadas. Desta forma, o método empregado se mostrou eficaz no tocante ao aprendizado dos participantes envolvidos, bem como na aplicabilidade de conceitos vistos pelos discentes em sala de aula.

## **REFERÊNCIAS:**

PAVARINO FILHO, R. V. Morbimortalidade no trânsito: Limitações dos processos educativos e contribuições do paradigma da promoção da saúde ao contexto brasileiro. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, n.18, v.4, p.375-84, out-dez. 2009.;

POR VIAS SEGURAS. Estatísticas Nacionais de Acidentes de Trânsito. 2015. Disponível em: Acesso em: 6 de ago. 2015.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Acidentes de Trânsito; Promoção da Saúde.



## CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Igor Robson de Sousa Lima*

*Maria Marta Sousa Mota*

*Miriane da Silva Mota*

*Arethusa de Melo Brito Carvalho*

**INTRODUÇÃO:** Diferentes campos de atuação interdisciplinar unem-se para alcançar medidas de conscientização populacional acerca dos problemas ambientais, pois os prejuízos causados à natureza são de responsabilidade de cada indivíduo. Neste sentido, a educação pode ser vista como um meio que, efetivamente, contribui para um futuro sustentável para as próximas gerações (BEZERRA ET AL., 2010). Nessa discussão, inserem-se ações educativas eficazes que se propõem a capacitar pessoas para o compromisso com o ambiente, tornando-se agentes ativos no favorecimento de um ambiente saudável, levando-as a refletirem sobre questões relacionadas ao lixo. Assim, as medidas de promoção da saúde visam ao bem-estar do indivíduo e da coletividade, buscando melhorias e despertando a ideia de preservação do meio ambiente e prevenção de agravos à saúde (FONSECA, 2001).

**OBJETIVOS:** Conscientizar moradores, de uma comunidade de baixa renda, acerca da importância do adequado armazenamento e descarte seletivo de resíduos não mais úteis ao seu uso e da prevenção de patologias que podem ser ocasionadas por estes insumos.

**MÉTODOS:** Estudo exploratório, descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de março a abril de 2015, a partir da vivência de graduandos e bacharéis em enfermagem em reuniões com os moradores de uma comunidade de baixa renda, localizada na periferia da cidade de Teresina-PI, acompanhados por uma enfermeira atuante na Unidade Básica de Saúde (UBS) da região. Foram realizados dois encontros com moradores no centro de produção da comunidade, onde foram realizadas palestras e rodas de conversas, com o auxílio de recursos multimídias, sobre os temas: “Armazenamento e Descarte de Resíduos” e “Educação Ambiental em Saúde”, bem como realizado, após as palestras, visita à residência de alguns moradores com a finalidade de analisar como cada participante lidava com o lixo.

**RESULTADOS:** No primeiro encontro, houve apresentação dos palestrantes e da ação educativa que se pretendia realizar, foi exposta a importância acerca da educação ambiental em saúde, bem como ficou acordado a data para o próximo encontro. No segundo encontro, para abranger maior número de participantes e maximizar a conscientização da população presente acerca da necessidade e importância do armazenamento adequado e do descarte seletivo de materiais não mais úteis ao uso, foram abordados pontos relevantes a respeito de patologias ocasionadas pelo mau tratamento do lixo, tais como a dengue, diarreia, verminoses, dentre outras, com o intuito de esclarecer sobre as formas de prevenção das mesmas. Ao final, os discentes visitaram algumas residências para orientar e observar como os moradores lidavam com o lixo, onde foi constatado que estes se mostraram mais conhecedores da importância de um adequado armazenamento e descarte seletivo dos resíduos, bem como mostraram trabalhos artesanais desenvolvidos com os insumos. **A**

**NÁLISE CRÍTICA:** O lixo constitui um problema social, econômico, sanitário e ambiental, além de representar um insumo de grande importância para a renda e empregabilidade de muitas famílias, é um componente do perfil epidemiológico da coletividade, em conjunto a outros fatores, que exerce influência sobre a incidência de doenças (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Entretanto, ressalta-se que, na óptica sanitária, não se pode concluir que seja a causa direta, todavia está comprovada a sua contribuição para a proliferação de doenças causadas por patógenos que vivem e/ou são atraídos pelo lixo.

**CONCLUSÃO:** Ficou evidente que os moradores ampliaram o conhecimento quanto à problemática do lixo, formas de como

1 - CENTRO TECNOLÓGICO DE ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS (UNITEC) - 2 - CENTRO TECNOLÓGICO DE ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS (UNITEC) - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI) - 4 - ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUÍ (AESPI).

armazenar e descartar seletivamente os resíduos, os riscos ambientais, a saúde de cada indivíduo e da coletividade e a prevenção de doenças ocasionadas pelo insumo, bem como mostraram artigos de decoração desenvolvidos a partir do lixo. A metodologia utilizada neste estudo se mostrou eficaz no tocante ao aprendizado dos participantes, bem como dos discentes e bacheiros em enfermagem, na aplicabilidade de conceitos vistos em sala de aula.

## REFERÊNCIAS:

BEZERRA, E. P.; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. Rev Bras Enferm. Brasília, n.63, v.5, p.848-52, set-out; 2010.;

FONSECA, E. M. Iniciação ao Estudo dos Resíduos Sólidos e da Limpeza Urbana. João Pessoa: JRC Gráfica e Editora. 2 ed. 2001.;

OLIVEIRA, H. M., GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm. n.57, v.6, p.761-3, 2004.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Educação Ambiental; Promoção da Saúde.



## ANÁLISE DAS DEMANDAS DE OUVIDORIA REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

*José Reginaldo Pinto*

*José Otaviano Lopes Filho*

*Maria das Graças Dias Carneiro*

*Dean Carlos Nascimento de Moura*

*Kamyla de Arruda Pedrosa.*

**INTRODUÇÃO:** A Ouvidora-geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social (BRASIL, 2009). O ato de procurar uma Ouvidoria reveste-se para o cidadão como sentimento de esperança de ser ouvido nas suas necessidades. As Ouvidorias do SUS devem prezar por um fluxo organizado para o devido acolhimento, encaminhamento, análise e acompanhamento das demandas que resultem em resposta satisfatória ao cidadão, emitida no menor espaço de tempo.

**OBJETIVOS:** Este estudo versa sobre uma análise das demandas de Ouvidoria registradas no Sistema OuvidorSUS na 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, no ano de 2014.

**MÉTODOS:** Investigação documental, retrospectiva, descritiva, por meio de fontes de dados secundários, em uma abordagem quantitativa. Na avaliação normativa, utilizou-se os relatórios mensais de entradas das demandas advindas de 24 municípios que compõem a Região de Saúde de Sobral-CE. Essa Região de Saúde está localizada no centro-oeste cearense. Sobral é o município Polo da Macrorregião Norte, sendo constituído por uma população de 613.104 habitantes (BRASIL, 2012; CEARÁ, 2013). Para Brousseau et al. (2011), uma avaliação normativa é um procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2015. Os dados foram tabulados por meio do SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 20.0, consolidado por números absolutos e percentuais, submetidos à análise estatística descritiva, sendo dispostos em gráficos. Foram respeitados os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/12.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados foram obtidos após a realização de uma intervenção proposta pelo coordenador do serviço de ouvidoria da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) de Sobral, durante todo o ano de 2013. Nesse período, foram executadas oficinas para a implantação e implementação das ouvidorias nos 24 municípios desta CRES. Participaram desses eventos os profissionais de saúde da atenção básica e dos hospitais, bem como as lideranças comunitárias das diferentes áreas desses municípios e os usuários. Após essas intervenções, foi feita a avaliação normativa sobre a situação de registro de demandas em 2014, que apresentou os seguintes dados: de um total de 33 demandas surgidas no sistema ao final do ano avaliado, foi visualizado que 61% dos usuários que emitiram manifestações eram do sexo feminino e não informaram a idade; 26% das demandas eram do município de Massapê e Pacujá (17%); 83% eram manifestações comuns, isto é, sem solicitação de sigilo; 69% entraram diretamente no sistema OuvidorSUS; 43% foram classificadas como solicitações dos usuários, 35% como reclamação e 22% como denúncias. Quanto ao assunto, 43% estavam relacionadas à desorganização dos serviços de saúde; 22% à falta de estrutura física e funcionamento das unidades; 13% a problemas com assistência farmacêutica; 13% relacionadas à gestão; e 8% a conflitos interpessoais. Todas as manifestações foram respondidas. Identificou-se por meio de análise documental que foi realizada divulgação do projeto de implantação das ouvidorias do SUS. Consequentemente, foi estabelecida parceria e

1 - INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA - INTA - 2 - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - 3 - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - 4 - INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA - INTA - 5 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBAJARA-CE.

cooperação entre as ouvidorias, as áreas técnicas, os trabalhadores da Secretaria de Saúde e a comunidade dos municípios onde foi implantada essa ferramenta. O maior canal de divulgação das ouvidorias foi os servidores públicos e usuários. Isso sugere que eles reconheceram e acreditaram no trabalho da ouvidoria e a consideram como aliada na busca de qualificação do sistema de saúde. No entanto, por se tratar de uma região de grande porte, composta por vários municípios, as demandas registradas ainda não foram suficientemente significativas para dar representatividade sobre a situação da divulgação da oferta do serviço. Silva, Pedroso e Zucchi (2014) estabelecem que há três tipos de ouvidorias: ineficiente, burocrática e eficaz. É considerada ineficiente aquela que recebe as manifestações, envolve usuários e trabalhadores no processo de qualificação, porém não consegue alterar situações indesejadas na instituição. A ouvidoria burocrática caracteriza-se por acolher manifestações no sentido de “aplar os problemas institucionais”. A ouvidoria eficaz desenvolve estratégias com os gestores e trabalhadores para reordenar as políticas públicas, de acordo com as necessidades da população. O conhecimento da opinião dos usuários em relação aos serviços públicos é importante instrumento auxiliar para planejamento e tomada de decisões (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013).

**CONCLUSÃO:** O estudo demonstra que há maior necessidade de divulgação dos serviços de ouvidoria do SUS, uma vez que esse órgão está implantado em uma região onde há muitos municípios e que ainda foi pequeno o número de manifestação anual realizada pelos usuários. Faz-se necessário criar uma escala de avaliação sobre as demandas registradas para as CRES, que demonstre mais claramente esse diagnóstico da implantação do serviço. Para isso, propõe-se que se apliquem instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa periódica direcionadas aos usuários para se verificar quais devem ser as metas atingidas a cada ano.

## REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.;
- BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.;
- CEARÁ. Contrato organizativo de ação pública de saúde: Região de Saúde de Sobral. Fortaleza-Ce: SESA, 2011. Disponível em: . Acesso em: 28 jun. 2013.;
- PEIXOTO, Stefano Frugoli; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; MORRONE, Luiz Carlos. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. Saude soc., São Paulo, v. 22, n. 3, Sept. 2013.;
- SILVA, Rita de Cássia Costa da; PEDROSO, Marcelo Caldeira; ZUCCHI, Paola. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. Rev Saúde Pública, v. 48, n. 1, p. 134-141, 2014.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Ouvidoria; Gestão Participativa; Saúde Pública.



## PROJETO LOUCOMOTIVA: NOS TRILHOS DO EMPODERAMENTO E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

*Marta Evelin de Carvalho*

*Erika Vanessa Serejo Costa*

*Marta Celia Cunha*

*Calebe Abreu Nascimento*

*Jossinete Maria Piauilino de Miranda*

*Jardel Alcantara de Negreiros*

*Israel Silva Brandão*

**INTRODUÇÃO:** A Constituição Federal institui a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e determina a participação da comunidade enquanto diretriz constitutiva do SUS. Na área da saúde mental dispositivos foram criados no intuito de ampliar a participação dos usuários e fortalecer o controle social, mas o Manifesto de Bauru marca a participação social desses atores neste cenário. No Piauí, em 2011, essa participação foi percebida com a realização do I Encontro de Formação Política para usuários e familiares de saúde mental. O projeto Loucomotiva foi elaborado após a realização desses encontros por perceber que o empoderamento dos usuários se dava de forma mais eficaz quando era realizado entre os próprios usuários e que a experiência de vida e superação estimulava e encorajava os outros. O projeto capacitou 10 usuários sobre variados temas da saúde mental e depois este grupo viajou para 8 cidades levando estes conhecimentos, permitindo a troca de informação e fortalecendo o empoderamento.

**OBJETIVOS:** O objetivo do projeto foi fortalecer o protagonismo dos usuários através da capacitação com foco nas estratégias de empoderamento. Os objetivos específicos foram: ampliar o acesso a informações e conhecimentos na área da saúde mental e direitos dos usuários e potencializar o componente da qualificação como elemento motivacional para o desenvolvimento pessoal e promoção de saúde.

**MÉTODOS:** O primeiro passo do projeto foi a seleção de material e das metodologias a serem utilizadas na capacitação dos multiplicadores e, em seguida, a confecção de material didático para os multiplicadores e participantes do projeto. A seleção dos multiplicadores deu-se por entrevista dos interessados, levando-se em conta o seu interesse e a disponibilidade para as viagens. Após 3 meses de capacitação dos multiplicadores, eles aplicaram os conhecimentos nas UBS do município de União e, posteriormente, seguiram para 8 cidades. A capacitação levada às cidades se dava durante dois dias consecutivos e em forma de 4 oficinas divididas pelos temas: repensando a questão das drogas, guia da gestão autônoma da medicação, estratégias de empoderamento e direitos da pessoa com transtorno mental. Foram elaboradas fichas de avaliação em que os participantes e profissionais avaliavam os multiplicadores e o conteúdo repassado. No final de cada viagem, o grupo se reunia para um processo de autoavaliação.

**RESULTADOS:** Os usuários participantes das oficinas realizadas expressaram o impacto do projeto nas gravações e filmagens feitas, sendo registrada a formação de grupos de ajuda mútua e a implantação das assembleias em alguns dos CAPS após a realização do projeto. Dos usuários multiplicadores, dois voltaram ao trabalho, dois diminuíram a frequência nas atividades do CAPS e retomaram os cuidados das tarefas de casa, um assumiu o grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado e um alugou casa e foi morar sozinho com a filha. Foi destacado como pontos relevantes do projeto o fato dele ser conduzido por usuários sem acompanhamento de profissionais, a militância dos facilitadores, a facilidade de integração com os participantes e a motivação repassada para enfrentar as dificuldades da vida. Como aspectos limitantes, destacou-se o curto tempo para a quantidade dos conteúdos. Os CAPS foram avaliados pelos multiplicadores que destacaram como vestígios manicomial: o muro alto, o portão fechado, a inspeção de usuários na entrada, a rigidez no funcionamento e nos horários, o grande distanciamento entre os profissionais e os usuários, tratamento dos usuários como se fossem crianças, a forte dependência dos usuários e a falta de espaços para a escuta dos usuários. Como aspectos positivos eles destacaram: os convites recebidos para retornarem à cidade, a hospedagem confortável e a boa acolhida e recepção dos profissionais, gestores e usuários.

1 - UNIVERSIDADE VALE DO ACARAÚ - UVA - 2 - UNIVERSIDADE VALE DO ACARAÚ - UVA - 3 - UNIVERSIDADE VALE DO ACARAÚ - UVA - 4 - ASSOCIAÇÃO FENIX - 5 - ASSOCIAÇÃO ÂNCORA - 6 - UNIVERSIDADE VALE DO ACARAÚ - UVA - 7 - UNIVERSIDADE VALE DO ACARAÚ - UVA.



**ANÁLISE CRÍTICA:** Logo no início do projeto uma reflexão à equipe do CAPS de União: O que estamos fazendo pelo empoderamento dos usuários que atendemos há mais de 8 anos? Apesar de termos mais de 3.000 prontuários abertos no serviço, deparamo-nos com a enorme dificuldade de mobilizar usuários para aderirem ao projeto. A ilusão de que as viagens e a bolsa-salário despertaria o interesse de muitos, facilmente, foi desfeita. A liderança do grupo assumida espontaneamente por uma das usuárias causou intrigas e conflitos que ao longo do projeto foram resolvidos, mas que necessitou de um trabalho paralelo de integração dos usuários pela equipe do projeto, embora técnicas de socialização e interação grupal tivessem sido usadas desde o início. Apesar dos usuários selecionados se encontrarem com seus sintomas estabilizados e mostrarem-se aptos a exercer as atividades propostas, a maior dificuldade relatada por eles foi a convivência, a aceitação das diferenças e do modo de ser de cada um e de viajarem sozinhos sem a tutela de um profissional. Se por um lado a desconstrução do preconceito e da incapacidade atribuída a estes sujeitos e herdada historicamente pela psiquiatria tradicional foi tocada mesmo que sutilmente, por outro lado a autoestima foi bastante elevada quando eles chegavam a cada cidade e eram recebidos como palestrantes e confundidos com profissionais e em alguns momentos ensinando os próprios profissionais sobre um fazer novo, participativo e compartilhado.

**CONCLUSÃO:** Muito se tem falado e pensado sobre a reabilitação psicossocial, porém ainda vemos essa reabilitação presa nas quatro paredes dos CAPS e tutelada por profissionais. As formas de fazer rígidas, cristalizadas e que esperam uma receita pronta ainda impedem o fazer criativo e o surgimento de uma inventividade cotidiana, que pode atravessar muros, subir trilhos, puxar vagões cheios de cidadania e mostrar que os usuários são capazes de muito mais que pensamos e acreditamos. Enxergar no edital de Fortalecimento do Protagonismo dos usuários de saúde mental uma oportunidade de empoderamento, ampliação da autonomia e das possibilidades fez romper o silêncio delegado historicamente a estes sujeitos impulsionando uma nova forma de produzir cuidado, desencadeando também a produção de vida, de sonhos e desejos.

## REFERÊNCIAS:

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011 ;

ALVES, Domingues. S. "Integralidade nas políticas de saúde mental". In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Rubens (org). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, (p. 167-176). ;

AMARANTE, Paulo, et.al. Loucos pela vida. Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. ;

VASCONCELOS, EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.;

VASCONCELOS EM, Rodrigues J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: Vasconcelos EM, organizador. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 141-162.;

VASCONCELOS EM, Weingarten R, Leme CCCP, Novaes PR, organizadores. Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, EncantArte; 2006.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Participação Social; Saúde Mental; Empoderamento.



## A IMPORTÂNCIA DE UM GRUPO DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM BASE NO GRUPO OPERATIVO DE PICHÓN-RIVIÈRE

*Raquel Xavier Guimarães  
Ana Hirley Rodrigues Magalhães  
Leidy Dayane Paiva de Abreu  
Vytal Hirvey Magalhães Arruda Linhares  
Erika Xavier Guimarães Turcatto  
Francisca Emanuela Paiva de Abreu*

**INTRODUÇÃO:** A gravidez e o parto são considerados eventos fisiológicos na vida das mulheres. No entanto, podem levar a alterações físicas e emocionais, requerendo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, justificando a atenção para além de um útero gravídico (DUARTE; ANDRADE, 2006). Este relato de experiência nasce da necessidade de demonstrar o trabalho realizado por enfermeiras da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro do município de Sobral/Ceará, desenvolvido com gestantes, cujo referencial teórico-metodológico é o dos grupos operativos. Acredita-se que o uso de tecnologias leves, como as que se processam nos grupos de promoção à saúde, contribua para a promoção da saúde, podendo manifestar nas gestantes a compreensão do processo gravídico, pactuando um plano terapêutico.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência em um grupo de gestantes da atenção primária com base no Grupo Operativo de Pichon-Riviére (2005).

**MÉTODOS:** Relato de experiência, a partir da vivência de enfermeiras, mestrandas em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, assim como dentista, acadêmicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, facilitadores do grupo de gestante da UBS Centro. As ações foram realizadas de janeiro a junho de 2015. Deve-se ressaltar que as ações estão em andamento. Os encontros são realizados na sala de espera da UBS, nas primeiras e terceiras terças-feiras de cada mês, com uma média de 10 a 15 gestantes, e divididos em três momentos: acolhimento, desenvolvimento e avaliação. As participantes escolhem os temas no final de cada encontro. Para planejamento das atividades, são realizadas reuniões semanais com acadêmicos e profissionais de saúde. Utilizou-se o “Grupo Operativo” para facilitar os momentos no grupo, além da participantes e diário de campo como instrumento de coleta e análise de dados com base na fase tarefa do “Grupo Operativo” de Pichon-Riviére (2005).

**RESULTADOS:** Ao todo, foram realizados 10 encontros. Os temas escolhidos e dialogados pelas gestantes foram: gestação de alto risco, amamentação, saúde da mulher, ciclo gravídico-puerperal, parto, cuidados com a pele da gestante, pré-natal, desenvolvimento fetal. Desta forma, foram utilizados recursos visuais, gráficos, plásticos e mesmo de ordem corporal para a abordagem das temáticas e para pôr as participantes diante da tarefa principal do Grupo Operativo. As gestantes tiveram a oportunidade de expressar seus conhecimentos, dúvidas e inseguranças sobre o ciclo gravídico-puerperal. Percebeu-se que a prática grupal é um meio de muitas possibilidades para as gestantes, constituindo-se em um mecanismo para melhor ouvir, promover saúde, prevenir e se informar sobre os diversos temas na gestação. A vivência possibilitou identificar as principais necessidades a serem trabalhadas com esse público, tendo oportunidade de desenvolver ações que pudessem orientá-las.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Observa-se o quanto é essencial nas atividades em grupo o processo de ensino-aprendizagem porque além de conhecer a realidade de seu território, também conhece as necessidades das participantes, suas potencialidades e qual a melhor metodologia a ser trabalhada em grupo para não ser apenas atividades pontuais, mas, sim, de educação e promoção da saúde, em que as gestantes são protagonistas de todo processo. A partir dos pressupostos pichonianos, pode-se afirmar que a tarefa do grupo é aprender a aprender, significando a manutenção de uma atitude mental aberta, investigatória e científica, ou seja, uma nova leitura da realidade e uma apropriação ativa da mesma, no aqui, agora e comigo, manifestando-se além do discurso, ou seja, nas ações cotidianas (ABDUCH, 1999). É “toda a tentativa de resposta coerente e significativa às demandas

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARÁ - UEVA - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARÁ - UEVA - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFPI - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARÁ - UEVA - 6 - INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA.

da realidade". O facilitador lança mão de uma temática a partir de um disparador (ABDUCH, 1999). Esse disparador é, muitas vezes, apresentado sob a forma de jogos, os quais têm o propósito de permitir que circulem no grupo as questões dilemáticas para as gestantes. Cabe destacar que estudos relatam o uso de disparadores em atividades de natureza grupal com o objetivo de "aquecimento" para possibilitar a circulação da palavra, estimular a fala (SANTOS et al., 2007).

**CONCLUSÃO:** A experiência proporcionou às participantes a troca de experiência, saberes, diálogo, informação e conhecimento acerca da gestação. A criação de disparadores temáticos tem sido pretexto para muito diálogo e para reflexão sobre os fenômenos do campo grupal em que se reúnem gestantes. Seu uso com gestantes tem contribuído para a execução da tarefa cujo fulcro é dar suporte terapêutico em um momento em que essas pessoas vivenciam acontecimento que contribui para mudar-lhes a vida – a gestação de um filho. Portanto, a prática grupal com as gestantes trouxe uma prática em saúde inovadora, criando um novo olhar em relação à temática e estabelecendo novos planos de cuidado.

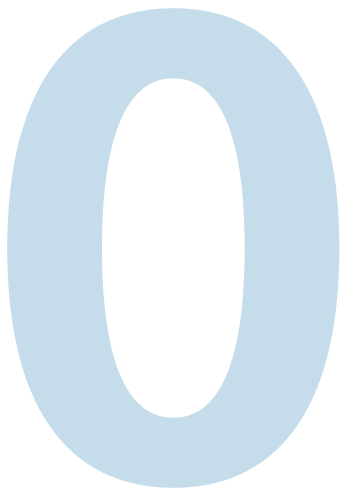
## REFERÊNCIAS:

ABDUCH, C., 1999. Grupos operativos com adolescentes. Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento, 1:289-300. ;

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S.M.O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Escola Anna Nery, s. [L], v. 10, n. 1, p. 121-125. Abr. 2006;

PICHON-RIVIÈRE E. O processo grupal. 7ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2005.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestantes; Educação em Saúde; Atenção Primária.



# OLHARES INTERDISCIPLINARES NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COLETIVA COM CRIANÇAS: RELATO DA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DO PIAUÍ

*Anne Alynne Rodrigues e Escórcio*

*Michele Vicente Torres*

*Danielle Souza Moura*

*Geyson Igo Soares Medeiros*

*Luisa Mara Brito Santos*

*Stephanie Sarah Cordeiro de Paiva*

**INTRODUÇÃO:** A Educação Popular em Saúde (EPS) como prática que se aproxima das condições de saúde, conforme vividas e sentidas pela população, tem o potencial de guiar as ações em saúde e incentivar atos criativos e transformadores na produção de outros sentidos para a vida (VASCONCELOS, 2007). Para que o cuidado integral à saúde da criança extrapole os muros da Unidade Básica de Saúde (UBS), demanda-se das equipes a articulação com outras políticas setoriais, tais como a Educação.

**OBJETIVOS:** Compartilhar a experiência do trabalho de Educação Popular em Saúde organizado por uma equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) cujo público-alvo é crianças, com faixa etária de 03 a 05 anos, matriculadas em uma creche da Zona Norte de Teresina-PI.

**MÉTODOS:** Trata-se de um relato da experiência da educação popular em saúde com crianças, baseado na realização de encontros estruturados em três momentos: acolhida, partilha de saberes e problematização, avaliação do encontro e finalização. Esses encontros foram previamente pactuados e executados com base na escuta das demandas disparadas pela equipe de docentes e diretora da creche, bem como a partir da percepção dos residentes juntamente com a tutora de campo da residência após o contato com a realidade dessas crianças. No período de agosto de 2014 a setembro de 2015, foram realizadas 16 ações educativas, tendo como mediadores a equipe multidisciplinar de residentes com formação nas áreas de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia. Em alguns encontros, contou-se com a parceria de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de alunos da graduação de Fisioterapia da UESPI.

**RESULTADOS:** As temáticas trabalhadas advindas a partir das demandas dos professores e da percepção e reflexão acerca das necessidades de provocação dos alunos, com temas atuais e relevantes identificados pela equipe multidisciplinar da residência, foram: O cuidado com a postura; Alimentação Saudável, Saúde bucal; Saúde ambiental; Prevenção de acidentes domésticos; Prevenção e combate ao mosquito da dengue; Higiene corporal; Boas maneiras; Profissões; Alimentação e nutrição; A diversidade de formação da família; Colônias de férias; Respeito aos idosos; Brincadeiras folclóricas. Após a definição de cada temática, era realizado um planejamento para discutir e eleger a estratégia metodológica de acordo com o nível de conhecimento e entendimento do público-alvo, sendo, portanto, utilizada as seguintes metodologias: teatro de fantoches, musicalização, dramatizações, jogos interativos, intermediação dos encontros com ajuda de um palhaço, exibição de vídeos com posterior momento de discussão e reflexão, contos infantis à beira do rio Poty. A realização dessas ações educativas na perspectiva da educação popular em saúde conseguiu mobilizar a participação da maioria das crianças, o que evidencia que a utilização de estratégias metodológicas diversificadas para envolver crianças contribuiu também para a ressignificação da aprendizagem.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Ao considerar a inserção dos residentes, em um processo de ensino-aprendizagem que os qualifica para a atuação conforme os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009a), a experiência mobilizou um espaço participativo, de diálogo e exercício da interdisciplinaridade, bem como a ressignificação do fazer saúde para além dos muros da UBS, alicerçada pela integração entre as equipes de saúde e a escola. Além disso, possibilitou uma aproximação com os preceitos do Programa de Saúde na Escola (PSE) e com as Políticas Públicas ligadas à Educação. Soma-se a isso a produção de novos sentidos sobre a escola como promotora de saúde e cidadania, tal como propõe BRASIL (2009b). A EPS teve importante função, nesta experiência local, como ferramenta disparadora de encontros saudáveis cuja dinamização das trocas contribuiu para aproximar o saber

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI; FACULDADE SANTO AGOSTINHO - FSA - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI.

científico e popular na produção do cuidado, bem como para o êxito da integração ensino-serviço-comunidade. O respeito às condições de desenvolvimento singular de cada criança e às suas histórias de vida foi essencial para o fomento da participação ativa nos processos de construção de um novo olhar para a saúde, para além de ações curativas. Logo, possibilitou a vivência de encontros capazes de compartilhar histórias de vida, potencial espaço de socialização, convivência e respeito às diferenças, corroborando os estudos de Vasconcelos (2007), Pedrosa (2007) e Simon et al (2014) sobre a influência da Educação Popular nas práticas de saúde. **CONCLUSÃO:** As ações contribuíram para estimular a formação de crianças críticas, multiplicadoras do cuidado, como sujeitos ativos, participativos e protagonistas no seu andar a vida. Cumpre destacar que foi possível sentir, através das ações de EPS, o ambiente escolar como espaço imprescindível na formação do usuário do SUS sensível, empoderado e disposto a fazer um controle social necessário à transformação de realidade. Diante das experiências vivenciadas enquanto equipe, a interdisciplinaridade permeou toda a trajetória como um fator decisivo no dinamismo dos encontros, bem como favoreceu o fortalecimento do compromisso da EPS de oportunizar aos envolvidos no processo de (re)construção do saber uma educação libertadora.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 01 de Set. de 2014. Disponível em: . Acesso em 01 de Set. de 2015.;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).;

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-24. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_de\\_educacao\\_popular\\_e\\_saude.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf) . Acesso em 30 de Ago. 2015.;

SIMON, E.. JEZINE, E.; VASCONCELOS, E. M.; RIBEIRO, K. S.S. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação de profissionais de saúde. Interface: Comunicação, Saúde e Educação: Botucatu. 2014; 18 Supl 2:1355-1364. Disponível em:. Acesso em 01 de set. 2015.;

VASCONCELLOS, E.M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-24. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_de\\_educacao\\_popular\\_e\\_saude.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf) . Acesso em 30 de Ago. 2015.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Popular em Saúde; Saúde da Criança; Educação em Saúde.

# V VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA?

*Alba Valéria De Sousa Batista*

**INTRODUÇÃO:** Gênero é uma categoria central para compreender a violência de gênero, é um termo polissêmico que emergiu na segunda metade do século XX. Scott (1995) define gênero como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos como uma forma primária de dar significado às relações de poder. A violência de gênero envolve questões de desigualdades de poder nas relações entre os gêneros, e a saúde é uma área privilegiada para enfrentamento deste problema por ser uma das portas de entrada de muitas pessoas que sofrem este tipo de violência.

**OBJETIVOS:** Nosso objetivo é discutir sobre a violência de gênero em interface com a saúde, analisar os impactos desta violência sobre a saúde da mulher e se os profissionais de saúde entendem e tratam-na como questão de saúde pública.

**MÉTODOS:** O método para elaboração deste trabalho foi a revisão sistemática da bibliografia disponível sobre o tema a partir de artigos científicos, dissertações de mestrado, bem como observações extraídas da experiência profissional desta pesquisadora como assistente social atuante na área da saúde pública em dois hospitais públicos da rede municipal de Teresina desde 2011.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A violência de gênero não acontece aleatoriamente, deriva de uma organização social de gênero que privilegia o masculino, fundada na hierarquia e desigualdades de poder, praticada principalmente contra mulheres, por parceiros íntimos, mas não incide apenas sobre elas (SAFFOTI, 2004). É um fenômeno social antigo que acarreta várias consequências físicas e emocionais à saúde das mulheres em todo mundo. Dada sua magnitude e alta prevalência desde a década de 80, a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde reconhecem este problema como uma questão de saúde pública. Dentre os impactos negativos que a violência de gênero, praticada, principalmente, contra a mulher, no âmbito doméstico, destacam-se: ansiedade, depressão, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático, tentativas de suicídio, abuso de álcool e outras drogas, dor de cabeça, abdominal, infecções, distúrbios do sono e alimentares, hematomas, fraturas diversificadas, problemas ginecológicos e sexuais, DST e HIV, gravidez não desejada, abortos, partos prematuros, bebês de baixo peso etc. Muitos destes sintomas aparecem mesclados uns com os outros e aparentemente são desconectados de sua relação com violência (MOREIRA, 2007). Muitos profissionais da saúde, segundo Moreira (2007), não estão habilitados para detectar as situações de violência vivenciadas pelas mulheres que buscam os serviços de saúde e dificilmente introduzem uma pergunta sobre o tema durante o atendimento, tendem a atribuir as queixas realizadas por elas a problemas pessoais ou exageros, impedindo, assim, que ações efetivas sejam realizadas. Esta atitude é produzida pelo incômodo e mal-estar que causa a visualização dos atos de violência, portanto não os percebem ou não se dão conta de que os perceberam (ARON, 2000 apud MOREIRA, 2007). Trabalhos como o de Schraiber e Kiss (2011) demonstram a violência de gênero contra mulher como uma demanda desvalorizada e por muitas vezes não reconhecida como uma questão de saúde pública pelos profissionais que lidam com esta. Entendemos que dependendo da compreensão que o profissional de saúde possua acerca deste problema podem ser agentes transformadores da realidade destas mulheres em uma dimensão positiva que ao acolher, orientar, refletir com elas sobre a natureza cíclica da violência e as questões de poder e gênero, ao encaminhar-lhes para a rede de serviços de proteção e enfrentamento à violência contra a mulher podem abrir-lhes possibilidades de uma nova vida sem violência. Ou estes profissionais podem, também, agindo com base em visões e valores conservadores desconhecedores das questões de gênero, acabar desenvolvendo práticas que se constituem em novas formas de violência, como a violência institucional, sobre mulheres que buscam atendimento nos serviços de saúde que deveriam ser espaços de respeito e valorização da vida e dos direitos atinentes ao ser humano.

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI.

**CONCLUSÃO:** Portanto, ressalta-se ser relevante que os profissionais de saúde que atendem mulheres em situação de violência de gênero reavaliem suas crenças sobre a causalidade dos comportamentos de dominação presentes nos casos de violência de gênero. E a apropriação do conhecimento pelos profissionais de saúde sobre gênero e violência de gênero pode contribuir para que este fenômeno seja reconhecido e tratado como questão de saúde pública. Infelizmente, algumas práticas de profissionais de saúde demonstram que este problema tem sido tratado como uma questão da esfera privada. A qualificação dos profissionais em gênero é essencial para uma maior visibilidade social da violência de gênero nestes espaços e para que as intervenções profissionais nesta área transcendam o mero tratamento das consequências físicas decorrentes deste tipo de violência, propiciando um atendimento digno, humanizado, conforme já normatizado em algumas legislações existentes em âmbito nacional e internacional.

## REFERÊNCIAS:

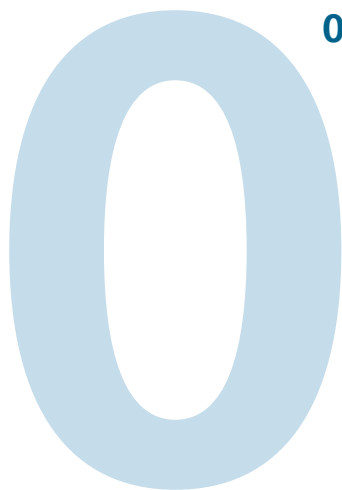
MOREIRA, Mariana Calesso. O impacto da violência doméstica na saúde reprodutiva: uma reflexão sobre gravidez na adolescência. In: Família e Gênero. Marlene Neves Strey, João Alves da Silva Neto, Rogério Lessa Horta (orgs). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007, p.287-301;

SAFFIOTI, Heleieth I B. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.;

SCHRAIBER, Lilia B. KISS, Bittencourt Kiss. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciência e Saúde Coletiva, 16(3): 1943-1952, 2011.;

SCOTT, Joan. GÊNERO UMA CATEGORIA ÚTIL DE ANÁLISE HISTÓRICA. EDUCAÇÃO E REALIDADE, Vol. 20. Jul/Dez,1995,p.71-99.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Gênero; Violência; Saúde.



## ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO NO SETOR DA SAÚDE EM TERESINA: AVANÇO OU RETROCESSO

*Marcelo de Moura Carvalho  
Lorena Rocha Batista Carvalho  
Maria Dalva Macedo Ferreira*

**INTRODUÇÃO:** O poder executivo municipal de Teresina encaminhou um projeto de lei para câmara de vereadores, no ano de 2014, para a contratação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) com o objetivo de administrar as três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como também duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o qual após apreciação pelo plenário foi aprovado. Diante das manifestações em contrário ao projeto das entidades de classe do setor saúde e a própria manifestação do Ministério Público Estadual, fica evidente a necessidade do aprofundamento do debate com a sociedade civil sobre os avanços ou retrocessos da implantação desse novo sistema de gestão pública. Inicialmente, é preciso compreender que as OSCIPs são entidades privadas sem fins lucrativos que se apresentam qualificadas para receber a concessão do poder público para administrar os serviços sociais, como educação, saúde, assistência social, tecnologia e meio ambiente.

**OBJETIVOS:** Este estudo tem por objetivo levantar os principais pontos esclarecedores desta forma de gestão pública em parceria com o setor público não lucrativo, para tanto, analisamos três importantes itens para este debate que são o modelo neoliberal, privatizações e mobilização social.

**MÉTODOS:** Trata-se de um ensaio científico sobre o tema OSCIPs que surgiu diante da necessidade de um maior esclarecimento sobre as origens, funções e atribuições das OSCIPs para a sociedade civil, utilizando-se de artigos retirados de bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, SciELO, utilizando-se as palavras chaves: Participação Social, Saúde Pública e Gestão, como também textos que abordam este tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Para facilitar a discussão, dividimos três categorias: (1) O modelo Neoliberal; Segundo Oliveira (1999), a descentralização, privatização e concentração de programas sociais públicos nas populações carentes são estruturantes nas reformas sociais preconizadas pelo neoliberalismo, principalmente nos países latino-americanos. Draibe (1990b), a implantação do projeto neoliberal na América Latina foi influenciada a partir das orientações realizadas por agências internacionais, como o Fundo Monetário Internacional e Banco Interamericano de Desenvolvimento. Desta forma, as OSCIPs representam dentro do projeto político liberal uma redução da execução das políticas públicas de saúde, pois a execução e/ou gerenciamento destes serviços passam para a iniciativa privada não lucrativa, que é representada pela sociedade civil organizada em associações ou, neste caso particular, em organizações. Para Draibe (1990a), no projeto neoliberal, há no plano econômico, quando se refere à questão da eficiência, a concessão dos serviços públicos, que gera menos custos e melhora a prestação de serviços; já no campo sociológico e político, representa o engajamento das organizações lucrativas e principalmente as não lucrativas na política social do país; (2) Privatização; Dentro deste modelo neoliberal, observamos que para o Estado ser mínimo e regulador, este deve diminuir sua prestação de serviços em favor ou do setor privado lucrativo ou do setor privado não lucrativo através de privatizações, concessões ou parcerias para prestação destes serviços. Dentre as argumentações das entidades de classe para a não aprovação do projeto na câmara de vereadores para implantação da OSCIP, a precarização da relação trabalhista foi a mais relatada, pois os profissionais de saúde e outros administrativos não possuem estabilidade devido ser um servidor terceirizado, que custa menos que o servidor efetivo em virtude dos encargos sociais e menores salários, além do risco do fim da realização de novos concursos públicos para os respectivos trabalhadores. Para Abrucio (1999), o Estado brasileiro (incluindo união, estados e municípios) teve como uma das primeiras propostas para a sua reforma diante da crise econômica, desde a década de 70 estava vinculada à redução da sua dimensão e dos gastos do aparelho Estatal; (3) Mobilização Social; Para Oliveira (1999), os efeitos do neoliberalismo na sociedade se evidencia pela destituição



da fala, uma vez que o mercado passa a regulamentar as relações sociais em geral, o que gera uma anulação da política, tendo como consequência a privatização do público. O processo de implantação das OSCIPs caracteriza o que foi mencionado acima, visto que não foi observada, em nenhum momento, a preocupação da gestão municipal em dialogar com as entidades de classe, população ou mesmo com os espaços públicos institucionalizados, como o conselho municipal de saúde desta cidade, gerando uma anulação política de influenciar o processo de decisão em nome da privatização (concessão) do público.

**CONCLUSÃO:** Dessa forma, o que está em jogo na implantação da OSCIP é o interesse da relação do Estado, representado pelo poder executivo e legislativo de Teresina, com o setor privado não lucrativo na prestação de serviços de interesse público que pode estar apenas iniciando este processo, gerando profundas transformações na vida social desta população. Conclui-se, diante do exposto, a necessidade de abertura para a sociedade civil de debates para instalação da OSCIP em instâncias institucionalizadas, como os conselhos de saúde, e a realização de audiências públicas promovidas pela própria câmara de vereadores com os principais atores envolvidos nesta temática, como também nas próprias entidades de classes para formação de uma consciência por parte da sociedade civil desta temática que poderá implicar em sérias consequências para o futuro da prestação deste serviço tão essencial à população que são os serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS:

- ABRUCIO, F. L. O Longo Caminho das Reformas nos Governos Estaduais: Crise, mudança e impasses. In MELO, André (org.) Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil. Recife: Massangana, 1999.;
- DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectiva para a década de 90. In IPEA: Brasília. 1990a.;
- DRAIBE, S. As políticas sociais e o neoliberalismo. In Revista USP. São Paulo. v. 35, n. 4, p. 86-101. Jun./Jul.1990b.;
- HABERMAS, J. A nova intransparência: a crise do bem-estar-social e o esgotamento das energias utópicas. Novos Estudos CEBRAP. Brasília, v. 18, n. 2, p. 103-114, Set.1987.;
- OLIVEIRA, F. Privatização do Público, destituição da fala e anulação da política. In Os sentimentos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global. Rio de Janeiro. ed. Vozes, p. 55-82, 1999.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Participação Social; Saúde Pública; Gestão.

# P

## PERCEPÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: LIMITES E POSSIBILIDADES

*Simone Maria de Sousa Silva*

**INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos, houve uma melhora sem precedentes na política de saúde, mas é essencial ainda propor estratégias de transformação e percepção das condições econômicas, sociais e culturais das pessoas, assim como a compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania e para a redução de desigualdades na saúde da população. Diante da realidade retratada, surgiu o interesse em desenvolver uma pesquisa que analisasse de que forma o Serviço Social contribui para reforçar o conceito ampliado de saúde, destacando limites e possibilidades de atuação profissional no campo da saúde coletiva, pois se percebeu a importância de garantir à população um completo estado de bem-estar físico, mental e social, valorizando as percepções e vivências da população, atuando na melhoria da qualidade de vida da população, ampliando o controle ou domínio dos indivíduos e comunidade sobre os determinantes de sua própria saúde e como o Assistente Social se insere nesse contexto.

**OBJETIVOS:** Analisar de que forma o Serviço Social contribui para reforçar o conceito ampliado de saúde, destacando limites e possibilidades de atuação profissional no campo da saúde coletiva.

**MÉTODOS:** Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista com três assistentes sociais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. A escolha desses sujeitos se deu pelo fato de estarem inseridos em programa que prima pela saúde coletiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Apesar dos avanços tecnológicos, a partir da Revolução Industrial, e das constantes produções de conhecimento que têm acontecido hoje de forma interdisciplinar, ainda continua preocupante a discussão sobre saúde em tempos atuais. A saúde se encontra em crise no que se refere à presença de diversas doenças e epidemias. Além disso, a saúde não pode ser vista de forma minimizada apenas do aspecto biológico, mas, sim, de forma ampliada, considerando as condições socioeconômicas, culturais, comportamentais, ecológicas e políticas de cada população. Sendo assim, como pensar a saúde de um indivíduo, se ele não tem assistência social, acesso adequado e de qualidade à alimentação, habitação, educação, saneamento básico, lazer, trabalho, entre outros? Assim, surge a primeira problemática acerca do tema que recai sob a “culpabilização” do indivíduo perante o aparecimento de doenças. Em outras palavras, seria de responsabilidade única do sujeito manter-se saudável. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, integrado à atenção básica em 2008, tem o propósito de contribuir para que os determinantes sociais do processo saúde e doença sejam reconhecidos e tratados não apenas de forma clínica, mas por um conjunto de saberes das demais profissões. A inclusão do Assistente Social na atenção básica em saúde ganha destaque a partir da Lei nº 8.080 de 1990, e a criação de novos espaços como o NASF vem ampliando o foco de atenção à saúde, tencionando constantemente a superação do modelo de atenção centrado na doença. E, deste modo, os Assistentes Sociais passam ter formalmente um espaço de trabalho na atenção básica. Desta maneira, a inserção do Serviço Social tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde devido à ampliação de seu conceito, que compreende o processo de saúde-doença como decorrente das condições de vida da população. Analisando as entrevistas, pode-se perceber um aspecto importante na fala dos sujeitos que diz respeito ao trabalho com grupos, com diversas demandas, espaços que propiciam uma imersão na garantia de direitos de cidadania, e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. O trabalho desenvolvido em grupo possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional e o sujeito de sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expansão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. As entrevistas apontam que o NASF é um serviço em construção, que aos poucos vem ganhando

espaço e visibilidade. Os desafios mostram-se evidentes diante da necessidade de espaço físico e equipamentos, de uma dinâmica de trabalho, de mais profissionais para compor as equipes, falta de compreensão das ESF com relação aos objetivos da equipe do NASF, que é o trabalho interdisciplinar e intersetorial diante da perspectiva da integralidade.

**CONCLUSÃO:** Considerando a importância dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, verifica-se que o Assistente Social traz contribuições na compreensão sobre a importância dos fatores sociais como aspecto integrante das condições de vida e saúde, colocando-o como um dos profissionais com maior adequação para identificar riscos e assim agir de maneira preventiva, valendo-se ainda do arsenal de ações no campo da promoção da saúde como recurso importante na prestação da assistência. Entende-se que a incorporação do amplo leque de ações do serviço social na prática com a Estratégia de Saúde da Família e outros níveis de atenção, valendo-se da promoção da saúde, cria enormes possibilidades no sentido de buscar uma maior resolutividade, um olhar integral sobre os diferentes contextos e dimensões socioculturais e biopsicossociais, o que certamente induz ao desenvolvimento de ações intersetoriais, aliando mobilização social, equidade, justiça social e defesa pública da saúde.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. nº 2, Brasília: CEFESS, 2010.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF. Série B, textos básicos de saúde. nº 27, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.;

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para debate. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.;

BRAVO. Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (orgs.). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.;

COHN, Amélia; NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula. A saúde como direito e como serviço. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.;

MENDES, Eugênio Vilaça. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviço Social; Saúde Coletiva; Determinantes Sociais; Qualidade de Vida.

# P

## POPULARIZANDO A REDUÇÃO DE DANOS NAS LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS

*Érika Vanessa Serejo Costa*

*Marta Célia Cunha*

*Marta Evelin de Carvalho*

*Rômulo César Afonso Goulart Filho*

*Jardel Alcântara Negreiros*

*Ana Glayrce de Araújo Oliveira*

*Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas*

**INTRODUÇÃO:** Diante do panorama atual das dependências químicas, faz-se necessário discutir com a sociedade estratégias que considerem tal fenômeno como multifatorial, em que a substância não é a única responsável, mas parte de uma interação dinâmica entre droga, dependente e sociedade (OLIVEIRA, 2006). Adotada como política pública, a Redução de Danos (RD) é um conjunto de práticas que busca reduzir as consequências do mau uso de psicoativos com foco na qualidade de vida (IHRA, 2010). Em 2013, a RD foi proposta para a Atenção Básica, por meio do Projeto Nacional Caminhos do Cuidado, cujos tutores são profissionais da Saúde da Família. Assim, considerando que o fenômeno das drogas perpassa todos os segmentos sociais e considerando a perspectiva transdisciplinar em que a RD se alicerça (CONTE et al., 2004), a sociedade deve ser um dos primeiros setores a ser informado, já que é nela que o dispositivo droga se desenvolve e onde visões estigmatizantes contribuem para agravar tal panorama.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência educativa sobre redução de danos para jovens líderes comunitários de Sindicato Rural por meio de técnicas inspiradas no Psicodrama de Jacob Levy Moreno.

**MÉTODOS:** Trata-se de um ensaio inspirado em técnicas psicodramáticas em dois momentos: teatro encenado pela tutora e teatro exibido em vídeo. Como método utilizado diante de temas polêmicos, o psicodrama foi criado por Jacob Levy Moreno (1974) cuja teoria busca compreender processos grupais de uma situação por meio da ação/comunicação das pessoas, mobilizando-as a vivenciar a realidade a partir do reconhecimento das diferenças e da busca de alternativas para resolução do que é revelado (FEBRAP). Na experiência, a tutora iniciou a oficina dramatizando o comportamento de um dependente químico com o intuito de explorar as percepções do grupo em relação ao usuário de droga e empreender a mudança de atitude perante as aparências. Em seguida, exibiu-se o teatro em vídeo, pertencente ao Projeto Caminhos do Cuidado (2013) intitulado “Crack!Crack?” para contribuir para reflexão da encenação, ocorrida na sede do Sindicato Rural em Tianguá, Ceará, em janeiro de 2015, com quinze jovens líderes comunitários.

**RESULTADOS:** O choque de imagem causado pelo comportamento e vestimenta da “palestrante”, aguardada para trazer os malefícios das drogas, foi instigante para os participantes. Estes, no decorrer da ação, foram se integrando à encenação mediante diálogo narrado pela tutora, a qual deixou-os livre para criatividade de produção dramática. Após a encenação, a tutora pediu que o grupo anotasse as principais impressões dessa ação e seguiu-se para o segundo momento com a exibição do vídeo “Crack!Crack?”. Ao finalizar com comentários sobre a realidade encenada para o levantamento de possíveis soluções, os participantes refletiram o quão a sociedade está cercada de drogas, não necessariamente as ilícitas, e que quase sempre julga-se o outro pelo o que parece ser. “Eu acho que me drogo todo dia, quando tomo comprimido pra dormir. Mas eu não sou viciada... eu acho.” Falas como essas instigaram o grupo a indagar por que o vício só existe quando é o do outro. Os oficinasantes comentaram que campanhas coercitivas de combate às drogas não têm surtido efeito, haja vista a dimensão do fenômeno no mundo atualmente. Diante dessas reflexões, sucumbiu à redução de danos através das experiências compartilhadas, como jovens envolvidos com grupos de orquestra pública; cooperativa de artesanatos; integração de jovens na criação de tapetes para eventos; campeonatos de futsal municipal, que surgiram como propostas de prevenção do uso e de redução dos danos.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Ao considerar o usuário de droga como cidadão portador de direitos, de escolha e de liberdade, abordar

o tema da redução de danos, desfocando a “cura” do uso da droga para a promoção da saúde do indivíduo, bem como transitar da noção de comportamento de risco para situação de vulnerabilidade, não é tarefa fácil, mesmo com profissionais de saúde. Portanto, abordar a estratégia redutora de danos na comunidade tornou-se ainda mais desafiante e foi possível graças ao uso do psicodrama, que facilitou a manifestação das ideias, dos conflitos, dos dilemas morais e dos preconceitos que permeiam a temática, como também permitiu refletir sobre a dimensão do fenômeno para propor alternativas de intervenção no mesmo. Por isso, o psicodrama foi crucial não só para o envolvimento “em ato” dos opinantes com o tema mas também para contribuir para a mudança da fotografia rígida que vela o olhar da sociedade. Entretanto, tal interação não é uniforme, visto que houve no grupo quem não se dispôs a encenar, revelando que a técnica depende da sociabilidade oferecida pelo grupo ao tutor ou vice-versa, exigindo aprofundamento da técnica para abordagem em grupos divergentes etariamente.

**CONCLUSÃO:** A experiência mostrou que a aprendizagem é significativa quando os educandos mergulham no universo do aprendizado vendo, ouvindo, discutindo e encenando. Fundamentado na teoria do momento e no princípio da espontaneidade, a técnica do psicodrama de Moreno promoveu a livre participação dos opinantes, desde os mais abertos aos mais fechados à técnica, estimulando a criatividade na produção dramática e facilitando o levantamento de ideias. A redução de danos foi recebida como estratégia a ser aplicada nos aspectos comuns do dia a dia, oferecendo opções de escolha, de lazer, de trabalho, de agrupamentos, de aceitação. Receber da comunidade a percepção de que o uso de drogas convive desde a mais tenra história da humanidade, cercando nossas vidas de diversas formas, do remédio ao veneno, embora a droga se torne um vício, assim como as paixões, a libertação dessa condição somente se torna possível mediante a autonomia de novos apaixonamentos, novas possibilidades de vida e de escolhas.

## REFERÊNCIAS:

CAMINHOS DO CUIDADO: caderno do tutor / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.;

CAMINHOS DO CUIDADO. Ministério da Saúde. Crack!Crack? Video de apoio ao material didático do Projeto. Disponível em: Capturado em 22/06/2015.;

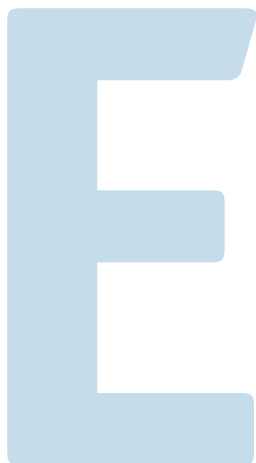
CONTE, Marta; MAYER, Rose Terezinha da Rocha; REVERBEL, Carmen; Redução de danos e Saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim da saúde - porto alegre. V 18, n 1. jan.jun. 2004.;

FEBRAP, Federação Brasileira de Psicodrama. O que é psicodrama? 2010. Disponível em: [www.febrap.org.br/psicodrama/default.aspx?idm=20](http://www.febrap.org.br/psicodrama/default.aspx?idm=20). Capturado em: 11/08/2015.;

IRHA, International Harm Reduction Association. O que é redução de danos? 2010. Disponível em: [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf). Capturado em:11/08/2015.;

OLIVEIRA, Juliana Maluf Silva Lima de. Compreendendo a personalidade do dependente químico no enfoque da Gestalt terapia. Monografia de graduação em Psicologia. Centro Universitário de Brasília, 2006.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Redução de Danos; Psicodrama; Participação Comunitária.



## “ENTRELUGARES”: A RODA DE CONVERSA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA

*Ana Caroline Barbosa da Silva*

*Brunna Verna Castro Gondinho*

*Jordânia Ferreira Mesquita de Oliveira*

*Maycom do Nascimento Moura*

*Samila Cristiany de Jesus Bezerra*

*Thamyris Mendes Gomes Machado*

*Patrícia Rocha Lustosa*

**INTRODUÇÃO:** A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) tem como objetivo contribuir para a revisão do modelo assistencial tradicional permitindo a formação de profissionais de saúde aptos a responder às necessidades de saúde da população e a colaborar com a construção de novos paradigmas de cuidado, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF). A RMSFC é um programa de ensino em serviço que tem duração de dois anos e que possui o corpo discente formado por sete categorias profissionais. O programa de Ensino tem como um dos eixos norteadores das atividades da RMSFC a Educação em Saúde. Neste sentido, destaca-se que as salas de espera das Unidades Básicas de Saúde (UBS) configuram-se como espaços de acolhimento e vínculo, os usuários aguardam o atendimento em suas diversas variantes, sendo um espaço que pode ser utilizado para atividades educativas.

**OBJETIVOS:** O presente trabalho visa descrever aspectos significativos das vivências de residentes em atividades de Educação em Saúde na sala de espera de uma UBS da cidade de Teresina, Piauí, e refletir sobre os efeitos dessa prática no processo de formação dos profissionais em questão.

**MÉTODOS:** As atividades de sala de espera foram realizadas em uma UBS da região Sul da cidade de Teresina, no primeiro ano do programa de residência. As temáticas abordadas nos encontros foram elencadas juntamente com as EFS durante as reuniões semanais de cada equipe, e o planejamento das intervenções foi realizado de forma multidisciplinar, favorecendo a elaboração de objetos de apoio que facilitariam o diálogo participativo. As intervenções foram realizadas antes do início dos atendimentos desempenhados pelas ESFs e utilizou-se como estratégia norteadora das ações o método da Roda de Conversa (MOURA; LIMA, 2014), que diz respeito a uma proposta de participação coletiva que permite o compartilhamento de saberes e desenvolvimento de reflexões sobre experiências e conhecimentos a partir da escuta dos pares e da própria fala. Ao final de cada Roda, perguntou-se a percepção dos usuários sobre a atividade realizada a fim de avaliar as ações que foram desenvolvidas.

**RESULTADOS:** Nos dias em que as salas de espera foram realizadas, os clientes da UBS preferiram aguardar o atendimento no corredor dos consultórios, não utilizando o espaço físico da instituição que é próprio para a permanência de usuários que aguardam a realização de ações/intervenções. Tal fato evidenciou a ansiedade dos usuários durante a espera pelos atendimentos a serem realizados pelos profissionais da instituição. Percebeu-se que a sala de espera é um ambiente de “entrelugares” com movimentos, encontros e fluxos constantes. As vivências evidenciaram o “estranhamento” dos usuários ao dialogarem com profissionais em um espaço extraconsultório, ainda que dentro da UBS. Nas intervenções, após o momento inicial de aproximação-afastamento, os usuários começaram a participar ativamente da metodologia proposta, passando a conduzir as Rodas de Conversa, frequentemente, direcionando-as para temáticas além das planejadas/pensadas pelos residentes. De maneira geral, durante as avaliações das salas de espera, os usuários declararam surpresa em relação à realização das atividades, tendo em vista que, na UBS em questão, atividades educativas com a metodologia utilizada não eram algo presente no dia a dia da instituição. Além disso, as intervenções foram avaliadas positivamente em função do fato de terem sido discutidas questões que não são abordadas durante os atendimentos de rotina nos serviços de saúde.

**ANÁLISE CRÍTICA:** A Roda de Conversa insere os sujeitos em um contexto de troca, construção, reflexão e aproximação coletiva de saberes populares e técnicos (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011). A realização de ações educativas nas salas de espera foi percebida pelos residentes como sendo importante para o desenvolvimento de habilidades relacionadas às tecnologias

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI.

leves (MERHY, 2007), por exemplo, escuta, acolhimento e comunicação de forma simples e acessível. As tecnologias leves são fundamentais para que haja uma Atenção Básica mais humanizada (COELHO; JORGE, 2009), e a Educação em Saúde e o protagonismo dos sujeitos, que foram brevemente proporcionados durante as Rodas de Conversa, são considerados ferramentas importantes para promoção da saúde (OLIVEIRA; SANTOS, 2011). A condução da Roda em determinado momento pelos usuários permitiu o contato dos profissionais com o inesperado, favorecendo a reelaboração de falas e concepções sobre os temas discutidos e metodologias utilizadas. Deste modo, percebeu-se que as atividades desenvolvidas na RMSFC podem contribuir efetivamente para a inserção de profissionais mais preparados para uma ação consistente na Atenção Básica. Os resultados das avaliações realizadas com os participantes reafirmam a necessidade de reorientação das ações de cuidado na ESF, especialmente no que diz respeito aos modelos educativos e aos temas que tocam na saúde daqueles que procuram os serviços.

**CONCLUSÃO:** As salas de espera realizadas permitiram uma aproximação dos residentes com os usuários da UBS e com as ESFs, além de despertar os profissionais para a importância da aquisição de habilidades necessárias para aqueles que desejam atuar no cuidado à saúde, especialmente na Atenção Básica. A RMSFC, enquanto ensino em serviço, proporciona a inserção dos residentes na realidade do trabalho, sendo uma importante estratégia para a formação de profissionais preparados para efetivar ações no âmbito da promoção de saúde. A sala de espera, aliada à Roda de Conversa e à Educação em Saúde, vai além de um espaço físico, configurando-se como um dispositivo que pode gerar transformações na dinâmica saúde-assistência-doença, produzindo impactos importantes na qualidade de vida de indivíduos e grupos. Como desafios na sala de espera, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias que reduzam as barreiras permeadas pelo saber técnico existente entre profissionais e usuários.

## REFERÊNCIAS:

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p.1523-1531, 2009. Suplemento 1. Disponível em: . Acesso em: 15 jul. 2015.;

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.;

MOURA, Adriano Ferro; LIMA, Maria Glória. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Temas em Educação*, João Pessoa, v. 23, n. 2, p.98-106, 2014. Semestral. Disponível em:. Acesso em: 24 mai. 2015.;

OLIVEIRA, Regina Lopes; SANTOS, Márcia Elena Andrade. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. *Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v. 4, n. 4, p. 833-844, 2011. Disponível em: . Acesso em: 08 jul. 2015.;

ROSA, Jonathan da; BARTH, Priscila Orlandi; GERMANI, Alessandra Regina Müller; A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 35, n. 129, p.121-130, 2011. Quadrimestral. Disponível em:. Acesso em: 12 jul. 2015.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Ensino; Educação em Saúde; Promoção de Saúde.



## POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DE FILANTROPIA A DIREITO SOCIAL

*Ivaneide Maria Cardeal*

**INTRODUÇÃO:** A saúde no Brasil tem sua história guiada pelo avanço da reforma previdenciária. A princípio era concedida apenas aos cidadãos vinculados a determinados segmentos profissionais, excluindo dos benefícios a grande parcela da população que não tinha acesso ao mercado de trabalho formal. Por muito tempo, a sociedade esteve presa a um sistema político que a impedia de reclamar sua condição, desconsiderando a saúde como direito social. Os anos 80 marcam o ápice dos movimentos sociais, a instituição de uma nova Constituição Federal e o empoderamento da sociedade, que possibilitaram elevar a saúde ao *status* de política pública. Analisar essa transformação pressupõe o objeto de estudo deste artigo, trazendo a seguinte problematização: Como se deu o processo de transformação social que resultou no reconhecimento da saúde como política e direito social no Brasil? Processo que sofreu influências de todo o contexto político-social que permeou o país durante séculos.

**OBJETIVOS:** Analisar a relevância da participação dos movimentos populares e sua influência na estruturação da política de saúde no Brasil. Delimitou-se como objetivos específicos: conhecer a conjuntura em que ocorreu o processo evolutivo da saúde no país; analisar como se deu a formulação e instituição dessa política; identificar as dificuldades vivenciadas pela sociedade através dos movimentos populares.

**MÉTODOS:** Pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento. Desta forma, utilizou-se o método dialético, entendendo que a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. (GIL, 2008). Para realizar este estudo, recorreu-se à pesquisa bibliográfica, que pressupõe habilidade fundamental em estudos de todos os tipos, possibilitando o aprofundamento teórico a respeito da temática explorada, condição indispensável quando se propõe compreender acontecimentos históricos conjunturais. Contudo, está fundamentado na legislação nacional em vigor, nas diretrizes anteriores e nos estudos de autores, como Mota, Bravo, Cohn, além de outros que se reportam ao tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Compreender a trajetória da política de saúde no Brasil supõe analisar o contexto histórico em que ela se desenvolveu. Os séculos XVIII, XIX e XX foram primordiais nesse processo. A saúde perpassa o caráter filantrópico, com práticas puramente curativas, desempenhadas por instituições religiosas. Em seguida, os primeiros indicativos de mudanças, com o início das mobilizações sociais, originadas no movimento operário, incitando ações de sistematização do setor. Por fim, a saúde destaca-se como uma das maiores dificuldades vivenciadas pela sociedade, na década de 1920, quando paralelo à crise política do poder nacional o Estado busca ampliar sua autoridade (BRAVO, 2000). Para beneficiar a classe operária, foram adotadas medidas que apontavam para o modelo previdenciário brasileiro, dentre elas as Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPS e, em seguida, os Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAPS, organizados através de contrato compulsório e contributivo com a função de prover benefícios (pensões e aposentadorias) e prestar assistência médica a essa categoria, posteriormente ampliado às demais (COHN, 2001). Tratava-se de um modelo contencionista, que direcionou os anos 30 a 45. Com a Ditadura Militar, período que vai de 1964 a 1985, caracterizado pela falta de democracia, supressão de direitos, censura, perseguição política e repressão, o Estado intensificou seu poder de regulação através do poderio militar repressivo, minimizando as tensões sociais e adquirindo legitimidade ao regime político, mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2007 apud- Neto). Nesta



época, os investimentos na saúde só favoreciam os trabalhadores formais, havendo ampliação da cobertura a outras classes trabalhadoras. O militarismo não consolidou sua hegemonia, prescindindo de reordenamento. Na década de 80, a política de saúde se redefiniu e seu marco reestruturante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1986, marcada pela expressiva participação da sociedade. A Constituição Federal de 1988 garantia um novo sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde- SUS, criado para que a sociedade, sem distinção, tenha acesso ao atendimento público de saúde, desvinculando-se da previdência social. O princípio fundamental do SUS é o da Universalidade, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este último deve prover atenção à saúde através da formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). O Controle Social ou Participação da Comunidade representou uma das principais conquistas da política de reformulação, possuindo lei específica (Lei 8.142/90) que fundamenta a participação da sociedade na gestão do SUS através das Conferências e dos Conselhos de saúde. Indiscutivelmente, o SUS representa para a sociedade um processo de construção da cidadania. A saúde já é reconhecida como direito de todos, mas enquanto política social padece de disposição igualitária na sociedade.

**CONCLUSÃO:** A sociedade conquistou direito de participar da formulação e controle das políticas sociais, bem como de engajar-se na garantia de sua efetivação. Mesmo com a instituição do SUS e a partir do reordenamento da política de saúde, ainda persiste a necessidade de pagar para obter serviços de saúde de qualidade. Percebe-se que a burocratização e o descaso com a saúde pública sucateiam a oferta desses serviços. Contudo, o avanço da política de saúde ocorreu a partir e concomitante à superação da subordinação vivenciada pela sociedade em relação ao Estado. Tal feito possibilitou a conscientização de que só a organização da sociedade civil seria capaz de promover a transformação de uma realidade sem voz à emergência de direitos garantidos por lei (NEGRI, 2002). Analisar o contexto histórico, em que se instituíram as políticas públicas, é refletir sobre os desafios que persistem na atualidade, e mesmo com avanços ainda persiste a necessidade de produzir saúde de qualidade nos tempos atuais.

## REFERÊNCIAS:

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico. 10.ed.São Paulo: Atlas, 2010.; BRASIL, Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas - Brasília: Ministério da Saúde, 2000.;

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, CAP. II, título da Ordem Social. Brasília, outubro, 1988. ;

BRAVO, M. I. S. ; MATOS, Maurílio Castro de . A Reforma Sanitária e a Contra-Reforma na Saúde. Universidade e Sociedade (Brasília), Brasília, v. 1, p. 23-28, 2000.;

COHN, A. "A Reforma da Previdência Social: virando a página da história", in Seguridade, Crise e Trabalho, Revista São Paulo em Perspectiva, publicação da Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados (Sead), São Paulo: nº09, out.-dez/1995.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde; Políticas Públicas; Participação Social; Direitos.



## SISTEMA DE NOTIFICAÇÕES E INVESTIGAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 2012 A 2014

*Layla Martins de Castro Rocha*

*Íris Rauena de Sousa Silva*

*Lucas Pereira Souza*

*Tatiana Vieira Sousa Chaves*

*Lucélia Regina de Castro Chaves*

*Douglas Soares da Costa*

**INTRODUÇÃO:** O campo da vigilância sanitária no Brasil demarca sua especificidade ao configurar as ações de vigilância sanitárias voltadas à prevenção, à minimização ou à eliminação de riscos à saúde (ARAÚJO et al., 2013). Para monitorar produtos de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) implantou o Sistema Nacional de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas (NOTIVISA) a fim de reunir notificações de eventos e queixas técnicas relatadas pelos hospitais da rede sentinela, empresas registradas, outros serviços de saúde e profissionais de saúde e também por cidadãos (MORAIS et al., 2013). O NOTIVISA está estruturado para receber notificações em três pilares essenciais: farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância. A partir das notificações, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) poderá agir mais rápido, com mais segurança e com dados nacionais, para cumprir com a sua missão de promover e proteger a saúde da população.

**OBJETIVOS:** Nesse contexto, este estudo tem como objetivo avaliar as notificações realizadas no NOTIVISA, no estado do Piauí, de janeiro de 2012 a junho de 2014, ressaltando que a informação constitui ferramenta importante para a implementação de ações e projetos em Saúde Coletiva e individual, possibilitando a melhoria da qualidade dos produtos e serviços oferecidos à população.

**MÉTODOS:** O estudo avaliou as notificações realizadas no Sistema Nacional de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas (NOTIVISA), no estado do Piauí, de janeiro de 2012 a junho de 2014. Foi realizado um estudo descritivo e comparativo com levantamento de todas as notificações de reações adversas e queixas técnicas dentro do sistema NOTIVISA da vigilância sanitária. Analisou, ao todo, 120 notificações de hemovigilância, 20 relacionadas à farmacovigilância e 26 à tecnovigilância. Os dados obtidos foram inseridos no programa Excel 2013 para a elaboração de gráficos e tabelas. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ (CEP/UNINOVAFAPÍ) e obedeceu aos requisitos do Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução CNS n. 466/2012.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Quanto ao tipo de estabelecimento que notificou Eventos Adversos (EA) e Queixas Técnicas (QT) em farmacovigilância, os estabelecimentos que mais notificaram no período pesquisado, 2012 a 2014, foram os públicos/rede sentinela (78%), enquanto que os privados 22%. Os Hospitais da Rede Sentinela representam o principal notificante porque são motivados e qualificados para a notificação de EA e QT de produtos de saúde. O maior percentual de notificações quanto ao sexo foi para o sexo feminino com 55%, enquanto que para o sexo masculino foi de 45%. Houve um decréscimo no número de notificações de 2012 a 2014, sendo registradas somente 20 notificações de farmacovigilância durante todo o período no NOTIVISA do Piauí, evidenciando claramente a subnotificação. Foi possível comprovar que o EA relacionado à via de administração mais presente foi a utilização de medicamento por via sistêmica (88%), seguido pela via oral e tópica. Foi possível observar, ainda, que a maioria dos EA notificados se encontra relatada na bula, segundo o notificador. Segundo Gonçalves et al. (2002), as informações ao paciente e as informações técnicas contidas nas bulas de medicamentos essenciais estão, em sua maioria, insatisfatórias, segundo os critérios considerados. Foram feitas 120 notificações de hemovigilância no período pesquisado, sendo que todas foram de reação imediata. Quanto à gravidade, foram encontradas 88,5% de grau 1 (leve), de grau 2 (moderado), 3,6% de grau 3 (grave) e 1,2% de grau 4 (óbito). Os resultados obtidos mostram que grande parte das reações ocorre antes de 24 horas após a transfusão, o que caracteriza como reação imediata, sendo que a gravidade

1 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 2 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 3 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 4 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI.

de maior prevalência foi a de grau 1. Esse resultado é semelhante ao divulgado pela ANVISA, quando, ao avaliar tipo de reação no Brasil, de 2007 a 2011, obteve um resultado de 98,9% em relação à reação imediata, enquanto que a reação do tipo tardia, 1,1%. No que se refere à gravidade da reação, a mesma pesquisa mostra que a reação de grau 1 também foi a mais evidenciada (83,1%), seguida do grau 2 (14,6%); do grau 3 (2,2%) e do grau 4 (0,1%). Foram registradas 24 notificações de QT, sendo a maioria delas (89%) no ano de 2012 para desvio de qualidade, (5%) outras práticas irregulares e (6%) suspeita de empresa sem autorização. Referente aos produtos, houve maior número de notificações para produtos descartáveis (seringa, máscara e equipo); e foi possível observar também o decréscimo no número dessas notificações. Segundo ANVISA (2010), no ano de 2007, a distribuição percentual das notificações de artigo médico/hospitalar, segundo o motivo da notificação EA e QT, a média foi de 4% e 95%, respectivamente. Quanto ao número de notificação de artigo médico/hospitalar, os produtos mais notificados foram os descartáveis (equipo, luvas, seringas).

**CONCLUSÃO:** Foi possível confirmar a subnotificação existente no NOTIVISA, no Piauí. Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de intervir em todos os níveis da gestão pública, ressaltando que as informações em saúde são instrumentos fundamentais para a vigilância pós-comercialização (VIGIPÓS) porque permite o rastreamento de situações de riscos e EA, referentes ao uso de medicamentos, sangue e hemoderivados, como também dos produtos voltados para a saúde. Conclui-se que há a necessidade de uma maior participação dos profissionais da saúde na notificação de EA e QT, contribuindo, dessa forma, para a ampliação e divulgação das notificações no NOTIVISA, dando visibilidade dos problemas existentes, em relação aos produtos consumidos e utilizados que podem causar danos, inclusive óbitos à população. Assim, torna-se imprescindível o poder público intensificar o desenvolvimento e/ou implementação de políticas públicas voltadas à segurança e saúde do paciente visando à melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS:

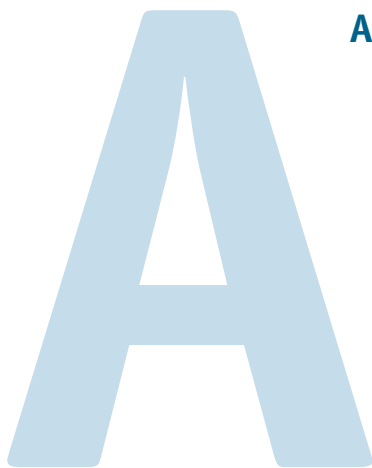
Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil. Brasília: Anvisa; 2010.;

ARAÚJO, D.G.; MELO, M.B.; BRANT, L.; VIANA, F.C.; SANTOS, M.A. Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. Saúde e sociedade. São Paulo, 2013.22(4): 1154-66. ;

GONÇALVES, A.S.; MELO, G.; TOKARSKI, M.H.L.; BARBOSA, B.A. Bulas de medicamentos como instrumento de informação técnico-científica. Revista de Saúde Pública. 2002. 36(1).;

MORAIS, L.O.; FRIEDRICH, K.; MELCHIOR, S.C.; GEMAL, A.L.; DELGADO, I.F. Eventos adversos e queixas técnicas relacionados ao para sutura cirúrgica comercializado no Brasil. Vigilância Sanitária em Debate, Rio de Janeiro, 2013. 1(2).;

**PALAVRAS-CHAVE:** Queixa Técnica; Evento Adverso; Hemovigilância; Tecnovigilância; Farmacovigilância.



## A PRECEPTORIA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: REFLEXÕES À LUZ DA LITERATURA

Ana Karina de Sousa Gadelha  
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

**INTRODUÇÃO:** Na área da saúde, um dos atores fundamentais na condução dos processos de ensino aprendizagem é o preceptor. Entenda-se por preceptor o profissional que desenvolve suas atividades em um serviço de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que recebe estudantes de graduação ou pós com o objetivo de orientar as práticas no seu lócus de atuação (RODRIGUES, 2012). O presente estudo apresenta reflexões teóricas acerca da preceptoria e sua importância na estratégia de educação permanente em saúde, apresentando definições a partir de diferentes referenciais. O estudo também aponta alguns limites e possibilidades de atuação, sugerindo desafios para o exercício cotidiano da preceptoria e para a consolidação da formação de recursos humanos na área da saúde.

**OBJETIVOS:** O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura relativa aos documentos normativos, produção científica e lacunas do conhecimento acerca da preceptoria na área da saúde, refletindo sobre a importância estratégica desse ator para a educação permanente em saúde.

**MÉTODOS:** Foi realizada pesquisa bibliográfica em revistas científicas, dissertações e bases de dados virtuais a fim de apreender informações relativas ao tema e possíveis lacunas para o delineamento do estado da questão. A questão norteadora para a pesquisa foi: o que há de produção científica e documentos normativos relativos ao tema? Para complementar a pesquisa, foi empreendida consulta a documentos normativos do Ministério da Saúde, pertinentes ao tema, como a política de Educação Permanente em Saúde, as portarias relativas às residências em saúde e a própria legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). A definição das informações a serem extraídas dos estudos foi realizada considerando a relevância dos conceitos para o tema, bem como utilização de conceitos similares buscando construir a melhor síntese. Foram utilizadas definições oriundas da educação médica e da educação em saúde nas graduações e pós-graduações da área da saúde e na atenção primária.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Na área da Educação Médica, os termos preceptor, tutor, supervisor e mentor foram sendo utilizados pela comunidade científica ao longo dos anos para descrever algumas figuras docentes-assistenciais, caracterizadas por profissionais mais experientes responsáveis pela formação tanto de profissionais generalistas quanto na de especialistas. Botti e Rego (2008) indicam que cada função tem suas especificidades e destacam a importância de definir e delimitar o fazer de cada um visando a uma melhor qualidade na formação profissional. Ressaltam, porém, que profissionais tutores, preceptores, supervisores ou mentores podem perpassar toda a formação médica e inclusive um profissional poderá exercer mais de uma função na formação de determinado aluno. Conforme o projeto constitucional brasileiro, o fato de o SUS ser ordenador da formação torna a função de preceptoria intrínseca ao papel do trabalhador de saúde, ou seja, todo trabalhador também é formador na área da saúde. Essa afirmação traz consigo questões bastantes polêmicas, visto que muitas pessoas não possuem afinidade com o manejo do processo formativo. Entretanto, a contradição está no fato de o processo formativo ainda ser pensado e realizado distante do processo de trabalho, já que, ao passo que o preceptor orienta as práticas dos sujeitos aprendentes no cotidiano do serviço, ele troca saberes e vivências, repensa suas práticas, se (re)constrói enquanto profissional e assume papel de formador em saúde. Na direção do desafio da consolidação do quadrilátero da formação na área da saúde, que mescla ensino, atenção, gestão e controle social, agregando os setores da saúde e educação visando ao desenvolvimento pessoal e institucional (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), os preceptores surgem como atores chaves fundamentais para a disseminação da Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde. Paganí (2006) tendo passado por experiência de

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 2 - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ CEARÁ -FIOCRUZ/CEARÁ.

preceptorial de território, no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral/CE, reconheceu a função como uma nova prática na estratégia de educação permanente e educação popular dentro dos territórios, sendo uma importante ferramenta de articulação tanto na residência multiprofissional como com as equipes que atuam nos territórios. Ainda acerca da experiência de Sobral, Parente (2008) mostra que preceptores e tutores atuam como facilitadores na mediação de relações e na criação de espaços metodológicos de aprendizagem e trabalho interdisciplinar. E o grande desafio da preceptorial é incorporar a função de facilitador e fortalecer os espaços de reflexão crítica sobre a prática e teoria dentro das próprias equipes e locais de trabalho impulsionando o desenvolvimento de uma educação permanente de fato.

**CONCLUSÃO:** A Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) tem o objetivo de transformar as práticas pedagógicas na formação em saúde e na organização do trabalho, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais, visando ao fortalecimento e à consolidação do SUS. Desta forma, é importante ressaltar que o fazer da preceptorial vem se consolidando e trazendo importantes avanços para a política de Educação Permanente e para o próprio SUS. A literatura mostra diversas compreensões acerca deste que fazer, porém o considera primordialmente um suporte docente no campo da prática que desenvolve troca de saberes cotidianos com os sujeitos “preceptorizados”. Entretanto, nos cenários de prática desses profissionais, é comum presenciar vínculos e condições de trabalho precários, da mesma forma que grande parte dos recursos humanos do país. Por isso, faz-se necessário pensar estratégias de valorização profissional visando melhorar a formação na área da saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9);

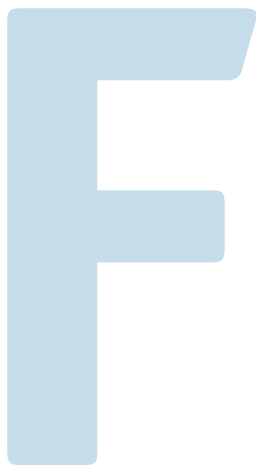
CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Jun 2004, vol.14, no.1, p.41-65.;

PAGANI, Rosani. Preceptorial de território: nuevas prácticas y saberes en la estrategia de educación permanente en salud de la familia - un estudio del caso de Sobral-Ceará-Brasil. Dissertação (Mestrado em Maestría en Educación Médica) - Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, 2006. 110p.;

PARENTE, J. R. F. Preceptorial e tutoria na residência multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. Sobral: Sanare, 2008. v. 7 n. 2. p. 47-53;

RODRIGUES, C. D. S. Competências para a preceptorial: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Porto Alegre, 2012. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2012.

**PALAVRAS-CHAVE:** Preceptorial; Educação; Educação Continuada.



## FORMAÇÃO TÉCNICA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UM PROFISSIONAL COM PERFIL DE MUDANÇAS

*Roberta Diniz Nogueira Ribeiro*

*Francinete Viana Gomes*

*Érica Fontenele Costa Lima*

*Aldenôra Gonçalves Pereira*

*Aline Severo de Assis*

*Annaiza Freitas Lopes de Araújo*

*Camila Mascarenhas Moreira*

**INTRODUÇÃO:** O Sistema Único de Saúde (SUS), como uma política do Estado, apresenta avanços históricos com a descentralização e a municipalização de ações e serviços visando à melhoria e à ampliação da atenção à saúde da população e da vigilância em saúde. No Ceará, ocorreu um decréscimo das doenças infectocontagiosas, principalmente das imunopreveníveis e, por outro lado, houve um aumento das doenças crônicas e degenerativas decorrentes do envelhecimento da população e aquelas relacionadas à violência. Dentro desse contexto de avanços institucionais, o Estado tem vários outros desafios, como uma elevada incidência de doenças emergentes e reemergentes, cujos determinantes são, predominantemente, socioeconômicos e ambientais, e para que aja um efetivo e eficaz trabalho de controle e combate ao quadro, que ora se apresenta, é fundamental que ações de Vigilância em Saúde continuem a ser fortalecidas, no estado do Ceará, como estratégias para o enfrentamento a estes desafios.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência dos alunos do curso Técnico em Vigilância em Saúde, na Unidade didática de Educação e Comunicação em saúde, executado pela Escola de Saúde Pública do Ceará que tem por objetivo compreender a importância do processo de comunicação e seus novos paradigmas e tecnologias para a eficácia das ações em educação e saúde.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência das atividades práticas da unidade Educação e Comunicação em Saúde do curso Técnico em Vigilância em Saúde. Tais práticas aconteceram nos seguintes municípios das 7ª e 8ª Regiões de Saúde do Ceará: Ibicuitinga, Quixadá, Ibaretama, Quixeramobim, Senador Pompeu, Pedra Branca, Solonópole, Aracati, fortim, Itaiçaba e Icapuí. As ações foram desenvolvidas por três turmas, com 85 alunos, distribuídos nos municípios citados de acordo com o local que residem e, foram executadas nos meses de março a junho de 2015. Inicialmente as turmas foram divididas em subgrupos e em seguida, foram estimuladas discussões para o levantamento das necessidades de cada município para, posteriormente, planejar e articular com os gestores locais a viabilização das ações pretendidas. A metodologia utilizada foi a da Problemática de Paulo Freire favorecendo o desenvolvimento de uma visão crítica sobre a situação da saúde de cada município.

**RESULTADOS:** Como resultado das ações desenvolvidas na Unidade Didática de Educação e Comunicação em Saúde, observamos a efetiva participação da população, principalmente nas atividades relacionadas ao combate a Dengue, pois o Estado do Ceará encontra-se em uma situação de crescente aumento no número de casos notificados e confirmados. Deve-se, ainda, ressaltar a significativa colaboração dos gestores que possibilitou a execução das atividades planejadas, além de favorecer e dar uma maior visibilidade, ressaltando a importância e os benefícios que um município poderá ter com o trabalho de um técnico em vigilância em saúde. Observamos ainda que os alunos passaram a conhecer e compreender a complexidade e amplitude das ações da Vigilância em Saúde, o que possibilitou o desenvolvimento de uma atitude ética, cidadã e com uma visão ampliada sobre a prática da profissão. Vale ressaltar, ainda, que os municípios que não possuem alunos que frequentam o curso em questão, solicitaram que tais atividades fossem desenvolvidas também nestes locais, mostrando que houve uma multiplicação das ações ampliando o seu raio de abrangência, contribuindo, assim, para uma melhoria das condições de saúde das Regiões contempladas com a formação do Técnico em Vigilância em Saúde.

1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE).

**ANÁLISE CRÍTICA:** O curso Técnico em Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, desenvolve suas atividades através de uma metodologia problematizadora, oportunizando a produção do conhecimento a partir de questões reflexivas e com elementos locais onde o aluno-trabalhador pode desenvolver todo o seu conhecimento tendo como situação base uma questão real de seu cotidiano. Tal forma de desenvolver a formação oportuniza a partilha de experiências bem como aumenta as possíveis hipóteses de solução do problema. Conforme Davini (1989), a problematização permite integrar três elementos fundamentais da aprendizagem, quais sejam: a informação (saber conhecer), o sócio afetivo (saber ser e conviver) e a produção (saber fazer). Consequentemente, ao se gerar uma reflexão sobre os problemas de sua prática social mobiliza-se, também, o aluno-trabalhador como educando, sua sócio afetividade, pois a análise de problemas inclui, necessariamente, deparar-se com a possibilidade de êxitos e limites de sua prática. Assim sendo o aluno trabalhador tem oportunidade de perceber os obstáculos e as limitações em sua prática, através da problematização da mesma, havendo assim uma ruptura necessária ao equilíbrio, fazendo com que ele mesmo busque as explicações e os comportamentos diferentes e transforme a sua prática, fazendo-a avançar para além da repetição.

**CONCLUSÃO:** Entendendo a Vigilância em Saúde como um importante instrumento de saúde pública que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, a organização e execução de práticas de saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde existentes num território definido. Onde, segundo Paim, 2003, tem como principais características a intervenção em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação, e atuação intersetorial. Pode ser ferramenta para o enfrentamento de problemas e necessidades selecionadas, combinando saberes e tecnologias de diferentes campos de ação. Entendemos também que, é a partir desse cenário, que a formação de um profissional em Vigilância em Saúde contribui, de forma efetiva, para se alcançar mudanças significativas no atual modelo de atuação em Vigilância em Saúde.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Educação. Delimitação e interfaces da área. In: \_\_\_\_\_. Educação profissional: referencias curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico: área profissional: saúde. Brasília, DF, 2000. 230 p. p. 9-10.;

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Séries Pacto pela Saúde 2006, vol. 13 Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde, Brasília – DF 2010 -;

CORREA, M. E. S. H. Pensando as tendências pedagógicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno das oficinas de capacitação pedagógicas. Brasília, DF, 2001.;

DAVINI, M.C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação pedagógica. Brasília, DF, 1989.;

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 4ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997;

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância em Saúde Pública; ; Educação em saúde; Educação Continuada;



## A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE: QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DO CURSO TÉCNICO EM APOIO AO ACOLHIMENTO EM SAÚDE (CTAAS) DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ?

*Roberta Diniz Nogueira Ribeiro*

*Érica Fontenele Costa Lima*

*Aline Severo de Assis*

*Annaiza Freitas Lopes de Araújo*

*Aldenôra Gonçalves Pereira*

*Camila Mascarenhas Moreira*

*Francinete Viana Gomes*

**INTRODUÇÃO:** O Curso Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde (CTAAS) foi concebido a partir de uma parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará com a Escola de Formação Técnica de Quebec/Canadá e nasceu da necessidade dos gestores de serviços públicos e privados de saúde do município de Fortaleza de qualificar as práticas de acolhimento dos profissionais de nível médio que ficam na porta de entrada de Unidades de Saúde. A função do TAAS será receber e informar o usuário nas portas de entrada das unidades de saúde organizando o fluxo do atendimento nestes ambientes. O TAAS será uma inovação na atual configuração da rede de saúde, posto que ainda não há profissionais formalmente designados e qualificados para esta atividade, e irá prestar serviços de maneira direta ao usuário. O seu campo inicial é a Saúde Pública, no eixo da humanização das práticas de atenção e gestão. O seu trabalho deve ser supervisionado por profissionais da área de recursos humanos e grupo de trabalho de humanização.

**OBJETIVOS:** Perceber as contribuições do Curso Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde (CTAAS) para a formação de profissionais da Saúde, inseridos nos diversos níveis de atenção, qualificando-os para o acolhimento em saúde.

**MÉTODOS:** Este estudo é um relato de experiência dos alunos do Curso Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde (CTAAS). O Curso possui uma carga horária de 1800 h/a, sendo 1200 Teórico-Prática e 600 horas de estágio. Foi utilizada a metodologia da problematização, partindo da realidade do aluno para a construção do conhecimento. Foram realizados trabalhos em grupo, dramatizações, rodas de conversa, discussões em plenária, leituras coletivas, estudos de caso, visitas técnicas e observações comparativas sobre as práticas dos alunos (o antes e o depois do início da formação), que fazem parte da avaliação formativa do Curso (participação nas atividades).

**RESULTADOS:** Os alunos perceberam e referiram a importância do Curso para a melhoria da atuação profissional diante do Acolhimento, já que são estudadas unidades didáticas bem abrangentes, por exemplo, Primeiros Socorros, Psicologia e Sociologia em Saúde, Aspectos Éticos e Culturais no Trabalho em Saúde, dentre tantas outras, favorecendo, assim, o diálogo e a interação com os demais trabalhadores, ampliando seu campo de atuação e melhorando a qualidade dos serviços ofertados à população, com atividades positivas diante das mudanças e das novas situações na rede primária, secundária e terciária. Percebeu-se, nos momentos de discussão em sala de aula e em aulas de campo, uma postura crítica e política por parte dos alunos perante os mais variados assuntos, demonstrando, desta forma, que o perfil de saída do aluno do Curso condiz com o preconizado no Plano de Curso, quando afirma que o profissional TAAS será aquele que possui uma visão abrangente e ampliada sobre o fazer em saúde pública.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Percebeu-se que as intenções educativas específicas da formação foram definidas com base na valorização do senso ético, do compromisso social, da flexibilidade, empatia, gestão das emoções, do trabalho em equipe, da organização do processo de trabalho e da proatividade dos profissionais a fim de que o técnico de apoio ao acolhimento em saúde (TAAS) possa acolher os usuários, no ambiente das unidades de saúde e na comunidade, encaminhando-os resolutivamente, monitorando e avaliando a sua mobilidade na rede de cuidados e colaborando para a humanização nos serviços de saúde.

---

1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE) - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE).



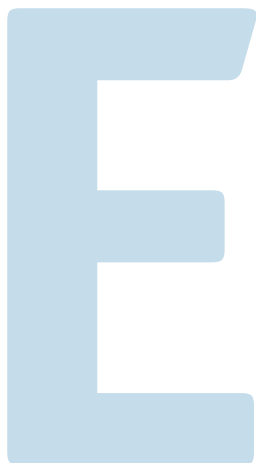
**CONCLUSÃO:** Tendo em vista que uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) é oferecer um acolhimento humanizado e qualificado, para tanto, a Escola de Saúde Pública do Ceará se propôs a ofertar a formação do técnico de apoio ao acolhimento anunciando, explicitamente, as finalidades da formação, enriquecimento dos conhecimentos, das habilidades e atitudes dos profissionais e, ainda, a assegurar que o Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde (TAAS) exercerá suas atividades com qualidade e responsabilidade, nos serviços públicos e privados de saúde, nas organizações não governamentais e filantrópicas, destinadas à prestação de serviços à população.

## **REFERÊNCIAS:**

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. 3. edição. Brasília: 2006.;

GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Introdução à profissão de técnico de apoio ao acolhimento em saúde: guia do facilitador. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2011;

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Humanização da Assistência; Educação.



## ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE DO IDOSO: UMA PROPOSTA INOVADORA PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE

*Wyarlenn Divino Machado  
Maria José Galdino Saraiva  
Sandra Maria Melo Sousa  
Maria Socorro de Araújo Dias  
Antônio Tiago da Silva Souza*

**INTRODUÇÃO:** O Sistema Único de Saúde (SUS) criou mecanismo para facilitar a transferência de recursos entre os entes federados para o financiamento das ações de saúde no Brasil (FERRAZ et al., 2013). Logo, o desempenho nas atividades de saúde, através de instituições promotoras, sinaliza para o aprimoramento dos profissionais, possibilitando o protagonismo efetivo nas diversas realidades de saúde do país. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em fevereiro de 2004, define a Educação Permanente em Saúde como um conceito pedagógico para efetuar relações entre o ensino e as ações e serviços e entre a docência e a atenção à saúde (NESPOLI; RIBEIRO, 2011). Inserida na PNEPS está a Educação Profissional, também chamada de Ensino Técnico de Nível Médio, que tem como objetivo a qualificação e a requalificação para trabalhadores em qualquer escolaridade, atualização técnica permanente e habilitação no nível médio e superior (DANIEL; SANDRI; GRILLO, 2014).

**OBJETIVOS:** Descrever a proposta do Curso de Especialização Técnica em Saúde do Idoso e a participação dos alunos na realização de suas atividades.

**MÉTODOS:** Pesquisa do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, realizada no período de 16 de março a 25 setembro de 2015, no município de Tianguá/CE. O estudo é produto das vivências e reflexões das ações desenvolvidas no Curso, proporcionado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS, Sobral/CE. A coleta das informações foi possível mediante observação dos alunos nas atividades em sala de aula, que ocorreram em uma escola no município de Tianguá, assim como nos estágios que ocorreram em Grupos de Convivência, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Hospital de referência do município. Os alunos foram constituídos de 17 profissionais técnicos de enfermagem atuantes na cidade de Tianguá e municípios circunvizinhos. A participação desses profissionais foi encorajada pelos respectivos secretários municipais de saúde, após comunicação prévia aos mesmos. O estudo respeitou os princípios éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

**RESULTADOS:** O Curso de Especialização Técnica em Saúde do Idoso, na tentativa de oferecer a seus sujeitos participantes a possibilidade de qualificação efetiva, dividiu suas atividades em módulos. Estes foram distribuídos em cinco eixos na ótica da saúde do idoso, a saber: Políticas Públicas e Sociais de Relevância para a Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS; Humanização e Acolhimento à Pessoa Idosa; Metodologia da Pesquisa; Agravos da Terceira Idade; e Assistência de Enfermagem à Pessoa Idosa. Em todos os módulos, a carga horária nas atividades teórico-prática variou entre 20 horas e 100 horas. Entretanto, somente nos módulos de Humanização e Acolhimento à Pessoa Idosa, Agravos da Terceira Idade e Assistência de Enfermagem à Pessoa Idosa houve a inserção dos alunos em campos de estágios, devidamente supervisionados por enfermeiros, obedecendo ao quantitativo de alunos permitidos em cada campo. De acordo com a realidade do município, os espaços para os estágios foram Grupos de Convivência, CAPS e Hospital de referência, respectivamente. Para a ocupação desses espaços, houve a necessidade de articular com o gestor municipal de saúde e, posteriormente, os respectivos coordenadores dos espaços. A inserção dos alunos nos campos foi de fundamental importância para o aprimoramento das habilidades profissionais dentro do contexto das práxis e que possibilitou refletir acerca de uma melhoria na qualidade de vida dos idosos envolvidos.

**ANÁLISE CRÍTICA:** O Curso buscou capacitar profissionais técnicos de nível médio para desenvolverem ações que visem à

1 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 2 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 3 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 4 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.

prevenção de doenças e à promoção da saúde do idoso. No contexto teórico-prático dos módulos em questão, foram realizadas aulas expositivas com o incremento de material didático disponível aos alunos, que foram fundamentais para o aprimoramento e requalificação contextual dos mesmos na tentativa de subsidiar ferramentas para a aplicabilidade no cenário prático. O módulo de Políticas Públicas e Sociais oportunizou gerar reflexões a cerca da realidade de saúde do idoso na perspectiva social, política e econômica. Já nos módulos em que houve a vivência nos campos de estágios, além das discussões em sala, também foram desenvolvidas ações de humanização, como dança, teatro, artesanato, pinturas, passeios, atividade física, palestras, práticas assistenciais, por exemplo, curativos, aferição de pressão arterial, verificação de glicemia, administração de medicamentos e discussões de casos. Na ótica das experiências práticas, os estudantes foram encorajados, a cada estágio finalizado, a produzirem um estudo de caso, sob a orientação de suas supervisoras e posterior discussão em sala, além de serem avaliados mediante um instrumento que serviu para pontuar o desempenho nos espaços em ótimo, bom ou regular. Como resultado final, os alunos tiveram que desenvolver um Trabalho de Conclusão de Curso para a obtenção do título de especialistas técnicos em saúde do idoso.

**CONCLUSÃO:** A criação do Curso de Especialização Técnica em Saúde do Idoso, dentro da perspectiva da PNEPS, tornou-se uma proposta fundamental para os profissionais técnicos de enfermagem na medida em que ofereceu a oportunidade de capacitá-los para exercerem suas atividades no âmbito da saúde do idoso. Nesta ótica, o Curso oportunizou aos alunos redescobrir e aperfeiçoar seus conhecimentos teórico-práticos com as atividades de promoção da saúde na tentativa de melhorar o cuidado direcionado à pessoa idosa. De fato, a criação de cursos dessa natureza reverbera na qualidade do atendimento e contribui para o aprimoramento das ações dentro do contexto do Sistema Único de Saúde. E quando nos deparamos com o contexto da terceira idade, as discussões se tornam ainda mais interessantes, tendo em vista o grande aumento da população idosa no país e no mundo e constante necessidade de capacitação de profissionais para atuarem no atendimento correto e humanizado ao público idoso.

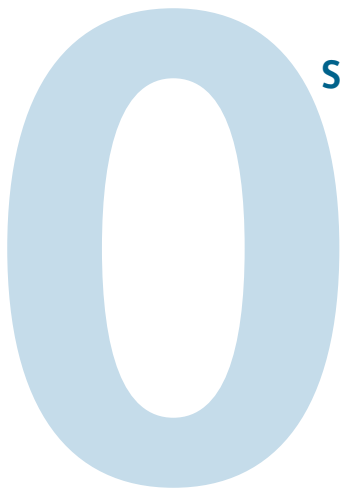
## REFERÊNCIAS:

DANIEL, H.B; SANDRI, J.V.A; GRILLO, L.P. Implantação de Política de educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul. *Trab. Educ.Saúde*. 12(3): 541-562, 2014. ;

FERRAZ, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciênc. Saúde*. 18(6): 1683-1693, 2013. ;

NESPOLI G, RIBEIRO V.M.B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Interface-Comum. Saúde, Educ*. 15(39): 985-996, 2011.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Educação em Saúde; Educação Técnica em Enfermagem; Gestão em Saúde.



## OS DESAFIOS DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DESEMPENHO DO PAPEL DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

*Sandra Cecília de Souza Lima  
Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista  
Mickaelle Cristine Capuchu da Costa  
Edna Albuquerque Brito  
Tatiana Maria Melo Guimarães Santos  
Michelle Santos Macêdo  
Maria Etelvina de Carvalho Sousa*

**INTRODUÇÃO:** A Enfermagem vem ampliando suas ações nos serviços de educação e saúde no contexto nacional, principalmente no campo da saúde pública. Na Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro coordena as atividades dos agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe, não restando tempo para desenvolver a responsabilidade técnica que requer um horário específico para essa atribuição.

**OBJETIVOS:** Descrever os desafios dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Teresina-PI, em desempenhar o papel do enfermeiro responsável técnico (RT).

**MÉTODOS:** Foram realizadas rodas de conversa com a enfermeira apoiadora, fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (COREN/PI) e enfermeiras da ESF sobre os desafios que o enfermeiro da ESF enfrenta para desenvolver a RT.

**RESULTADOS:** Constatou-se que para os Enfermeiros desenvolverem essa atribuição não havia tempo, visto que a resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 0458/2014 requer uma jornada de trabalho que não pode ser inferior a 6 horas diárias para desempenho de tal função. Em detrimento das diversas ações dos enfermeiros da ESF e a carga horária de 40 horas, não resta tempo para desempenhar essa função. Foi sugerido em reuniões com o COREN-PI que houvesse uma solução para esse problema. No momento, aguardamos resoluções, mas já existe uma negociação a fim de contratar enfermeiros para desenvolver a RT.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Apesar de já termos avançado um pouco nas negociações com relação à contratação do enfermeiro RT, ainda não temos soluções concretas, contudo os primeiros passos já foram dados no âmbito do COREN-PI e da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI. Estamos na expectativa de que o problema seja solucionado e que possa servir de espelho para outros municípios no Brasil, onde a força de trabalho do profissional enfermeiro é explorada ao máximo.

**CONCLUSÃO:** Percebe-se pouca discussão sobre o papel do enfermeiro da ESF como RT nas Unidades Básicas de Saúde, seja do ponto de vista ético, seja do trabalhador. Em se tratando de responsabilidade técnica, não devemos apenas nos limitar a realização de uma escala, vai além disso, requer outras ações que fornecerão ganhos no campo do conhecimento e da qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela.

### REFERÊNCIAS:

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy. 2012.;

RANGEL, Rosiane Filipin et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 3, 2011.;

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0458/2014. Normatiza as condições para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.



# IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PLANÍCIE LITORÂNEA: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO PROCESSO

*Francisca Maria Carvalho Cardoso*

*João Paulo Sales Macedo*

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo tem como objeto de investigação o processo de regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí, que se firma a partir da Rede de Atenção Psicossocial, com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, instituída pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) visando ampliar o acesso à saúde e ao cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O processo de implantação regionalizada da RAPS é importante para que se articulem serviços e ações da Saúde Mental nos pontos da Rede de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, diferente de alguns estudos que na maioria dos casos apontam nas capitais e centros urbanos seus interesses de estudo, delimitamos o interesse de investigação na análise do processo de implantação da RAPS nos municípios do interior, no território da 1ª Regional de Saúde, localizada no extremo norte do estado, conhecida como Planície Litorânea.

**OBJETIVOS:** O foco é investigar as ações locais da gestão da Política de Saúde Mental à Política de Saúde no estado, tendo como elemento analisador a implantação regionalizada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para tanto, delimitamos o interesse de investigação na análise do processo de implantação da RAPS nos municípios do interior que compõem a Planície Litorânea.

**MÉTODOS:** O estudo se constitui em uma Pesquisa Social, em que para a realização da mesma utilizamos o método qualitativo, abrangendo a análise documental e envolvendo o percurso histórico da implantação da Rede de Atenção Psicossocial na região da Planície Litorânea, a partir dos documentos de 2012 que datam das primeiras ações para a implantação da RAPS no estado do Piauí e na Planície. Dos instrumentos de coleta de dados, focamos na análise documental, com análise de documentos da Gerência Regional de Saúde Mental, são eles: portarias, Plano de Ação Regional, pautas de reuniões e programações de eventos sobre a RAPS no Piauí.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A documentação nos auxiliou a compreender o processo do desenho da rede realizado a nível estadual, no qual encontramos também a Planície Litorânea. Conforme o Plano de Ação Regional, em 2012, temos o início do processo de construção do plano para a implantação da rede, para tanto a portaria da RAPS começou a ser discutida com representantes da gestão dos municípios que compõem o Piauí através de reuniões com os secretários, coordenadores de CAPS e diretores de hospitais, assim como visitas em municípios estratégicos, como Parnaíba, Picos, Floriano e Piripiri, por serem sedes de Regionais de Saúde, juntamente com apoiadores do Ministério, para explicarem sobre a RAPS nos referidos territórios. Neste sentido, os documentos apontam que a RAPS começou a ser estruturada a partir do desenho da rede que, para tanto, foi realizado o processo de elaboração do Plano de Ação Regional, finalizado em 2013, apontando que os dispositivos propostos no plano deveriam ser implantados em seus devidos territórios até 2014. No entanto, conforme documento do Ministério da Saúde, muitos dos serviços propostos não foram implantados em 2014 devido às inconsistências do plano, como incapacidade da efetivação de leitos para o hospital estadual Dirceu Arcoverde, em Parnaíba, dificuldade de implantar o CAPS da região de Caxingó e Caraúbas, dificuldade da implantação dos leitos psiquiátricos nos hospitais de Cocal e Luís Correia, principalmente pela quantidade de leitos que deve conter o hospital, que não são suficientes para que haja na instituição leitos psiquiátricos, além da falta de estrutura para tal ação. Em 2015, foram apresentadas, também, as justificativas do que permanece e do que sai das pactuações propostas em 2013. Além disso, depois de reuniões em 2015, passou a ser aprovado alguns dispositivos. A

continuidade do processo e devolutiva da repactuação de implantação dos serviços ao Ministério da Saúde ocorrerá em dezembro de 2015. Assim sendo, observamos que uma das maiores dificuldades para se efetivar a rede é a questão do financiamento. Segundo Vasconcelos (2008), as dificuldades quanto a manter o dispositivo aberto durante 24 horas não é apenas uma realidade piauiense, são poucas as cidades no país que mantêm este sistema. O hospital psiquiátrico prevalece em muitas cidades; embora em algumas tenha a presença dos leitos em hospitais gerais, isso ainda não é tão comum, tendo em vista que não houve um aumento de leitos considerável nos últimos dez anos no país, apontando a dificuldade em nível de Brasil dos municípios, estados e União para manterem dispositivos abertos 24 horas durante a semana inteira. Além disso, no que se refere às políticas públicas, o Estado passou a estimular a redução dos serviços sociais públicos investindo no mercado privado. Logo, se por um lado este modelo neoliberal conseguiu o ajuste das contas públicas, em contrapartida, contribuiu para o avanço e crescimento da desigualdade social (FEITOSA; SILVA, 2013).

**CONCLUSÃO:** Nesse sentido, a produção da saúde mental vem para tentar responder às demandas sociais. Em virtude disso, observa-se a importância da discussão acerca da Rede de Atenção Psicossocial como forma de ampliação do cuidado. Logo, as reflexões sobre os efeitos desses processos nos desafios atuais do trabalho através da RAPS são diversas, tendo em vista que são latentes os questionamentos sobre esse trabalho e os desafios que lhes são lançados quanto à implantação, funcionamento, financiamento e precarização do serviço.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: Acesso em: 29 de Jul. de 2015. ;

FEITOSA, Lucíola Galvão Gondim Corrêa; SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Política Pública Brasileira de Saúde Mental: uma revisão sobre o ordenamento da cidadania do portador de transtorno mental no contexto neoliberal, VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, UFMA, Maranhão, 2013.;

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.) Abordagens Psicossociais. Vol. II – Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares. São Paulo: HUCITEC, 2008.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão; Políticas Públicas; Regionalização; Saúde Mental.



# AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DOS REGISTROS DO CARTÃO DAS GESTANTES ADOLESCENTES DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

*Sibele Teles Soares Beserra*

*Isadora Teles Soares Beserra*

*Lilian Machado Vilarinho de Moraes*

**INTRODUÇÃO:** A consulta de enfermagem deve garantir orientações favoráveis às necessidades das adolescentes no pré-natal para monitoramento do bem-estar da gestante, bom desenvolvimento do feto e detecção de quaisquer problemas (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013). O cartão da gestante é um instrumento indispensável no registro da assistência prestada durante as consultas de pré-natal e para acompanhamento adequado da gravidez, pois a falta de dados no mesmo irá comprometer toda a assistência (BRASIL, 2006). Além disso, os cartões possuem um papel de referência ao parto, atuam como fonte de informação para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e são usados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal para fundamentar políticas de saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS NETO et al, 2012).

**OBJETIVOS:** Avaliar a completitude dos registros do cartão das gestantes adolescentes durante as consultas de pré-natal.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e documental com abordagem quantitativa, realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município Floriano-PI com 70 gestantes adolescentes que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser gestante que realiza consulta pré-natal na ESF com a idade entre 10 e 19 anos, segundo a faixa etária preconizada pela Organização Mundial de Saúde, estar cadastrada no Sistema de Informação de Atenção Básica, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Assentimento (para menores de 18 anos) ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para as maiores de 18 anos). Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2014, nos domicílios, por meio de um formulário estruturado contendo variáveis do cartão da gestante e o grau de satisfação da consulta de pré-natal. Para a organização dos dados, utilizou-se o *software* Excel 2003; em seguida, o *software* SPSS 22.0 para a análise estatística descritiva e regressão linear.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados evidenciam que as adolescentes grávidas investigadas tinham entre 16 e 19 anos (85,7%), eram solteiras (60,0%), cursavam o ensino médio (48,6%) e se autodeclararam pertencentes à raça parda (44,3%). A respeito do preenchimento do cartão da gestante, verificou-se que nenhum possui o grau de preenchimento considerado excelente e bom, tendo como base a análise da completitude do cartão através do cálculo de percentual da incompletitude (preenchimento em branco) proposto por Romero e Cunha (2007). Esses autores adotaram como ponto de referência para avaliar a incompletitude os seguintes escores: excelente, quando a variável apresentava menos de 5% de preenchimento incompleto, bom (5% a 10%), regular (11% a 20%), ruim (21% a 50%) e muito ruim (mais de 50%). Os achados deste estudo mostram que 05 (7,1%) cartões estavam com percentual regular, 32 (45,7%) ruim e 33 (47,1%) muito ruim, afetando assim a assistência prestada ao binômio mãe e filho. Destaca-se que a ausência do preenchimento do cartão é um impedimento para o cuidado humanizado no pré-natal, principalmente por ser um instrumento ativo que deve ser atualizado a cada consulta. Para Branco (2011), a ausência de informações sobre a saúde materno-infantil nos cartões pode expressar diretamente a qualidade dos serviços de assistência pré-natal e limitar a produção de dados para gerar informações fundamentais à organização e ao planejamento dos serviços pré-natais. Ao abordar a satisfação dos usuários com os serviços, Gouveia (2009) menciona no seu estudo que a satisfação é um julgamento sobre características dos serviços e sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. A satisfação das gestantes adolescentes foi medida por meio da adaptação do modelo proposto da pesquisa de satisfação de Kloetzel, em 1998, validado no Brasil, composto de 8 questões referentes a distintos aspectos relacionados à última consulta pré-natal. Considerou-se que as adolescentes

grávidas estão satisfeitas com a facilidade de acesso à consulta (60 %), o tempo na sala de espera (40%), com a atenção dada às queixas (63%), tiveram uma boa impressão dos procedimentos realizados durante a consulta (70%), perceberam a confiança despertada pelo profissional de saúde (63%), assim como estão satisfeitas com as explicações do profissional de saúde (60 %) e com o agendamento (56%). Portanto, a avaliação geral da consulta de pré - natal foi satisfatória para a maioria (64%).

**CONCLUSÃO:** Os resultados propiciaram um diagnóstico sobre a realidade local e evidenciaram que os registros nos cartões das gestantes são incompletos, o que torna deficiente as informações necessárias para o acompanhamento das adolescentes no período gestacional. Constata-se a necessidade de uma valorização do registro de informações no cartão da gestante pelos profissionais, visto que ele é um importante instrumento de referência e contrarreferência para os serviços de saúde, como maternidades e hospitais. Um achado bem significativo foi que dentre os cartões das gestantes adolescentes avaliados nenhum tinha completude das informações, entretanto as participantes relataram satisfação com as consultas de pré-natal, o que nos leva a concluir que apesar da ausência dos registros de informações essenciais para o acompanhamento das gestantes, os procedimentos, solicitações de exames, orientações e condutas estão sendo realizados, porém não registrados.

## REFERÊNCIAS:

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, p:163-9, 2011;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher, Brasília, 2006.;

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. Rev. Brasileira Epidemiologia, v.12, n.3, p: 281-96, 2009.;

PEREIRA, N. M; GUIMARÃES, B. N. S, LANZA, F. M. Avaliação da Adequação da Assistência Pré-Natal em uma Unidade Tradicional da Atenção Primária à Saúde. Rev. Enfermagem Centro Oeste Mineiro, v.3, n.3, p.804-819, set/dez, 2013.;

ROMERO, D. E., CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p.701-14, mar, 2007.;

SANTOS NETO, E. T. et al. Informações do Cartão da Gestante versus Memória Materna. Cad. Saúde Pública, v.28, n.2, p: 256-266, 2012.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Gravidez na Adolescência; Pré-Natal.





## A INSERÇÃO QUALIFICADA DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

*Gaussianne de Oliveira Campelo  
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas  
Thais Noberta Bezerra de Moura*

**INTRODUÇÃO:** Um dos maiores desafios à Saúde Pública é suplantarmos o modelo tradicional e superar a visão reducionista do processo saúde-doença. Por isso, o Ministério da Saúde priorizou a Estratégia Saúde da Família na reorganização dos serviços enquanto espaço privilegiado para a Promoção da Saúde. No entanto, para alcançar esse objetivo, é imperativo rever a lógica de formação dos profissionais da saúde. Enquanto várias ações são dirigidas à Graduação, visando promover maior integração ensino-serviço-comunidade, outras medidas focam a Pós-Graduação, na tentativa de (trans) formar profissionais já em exercício e qualificá-los para atuar na Atenção Básica. Então, como fruto da luta pela consolidação da Reforma Sanitária, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família ressurgem com a missão de ressignificar as práticas profissionais, aproximando-as dos princípios do SUS a fim de garantir a invenção de novas formas de cuidado comprometido com o atendimento às necessidades de saúde da população.

**OBJETIVOS:** Analisar a inserção no mercado de trabalho dos profissionais egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI (RMSFC/UESPI), além de discutir os fatores que influenciaram essa inserção e suas consequências.

**MÉTODOS:** Para tal, adotou-se a metodologia qualitativa, de aspecto descritivo e exploratório. Entre janeiro e março de 2015, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais egressos das I e II turmas da RMSFC/UESPI, totalizando 15 entrevistas. Os critérios de inclusão foram: ter participado da I ou da II turma da RMSFC/UESPI, ter permitido gravar a entrevista e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Critérios de exclusão: ser egresso da III turma da RMSFC/UESPI (por sua inserção recente no mercado de trabalho), ter recusado a entrevista e/ou a assinar o TCLE. As entrevistas foram gravadas e transcritas, gerando o corpus empírico, que foi submetido à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Esse processo resultou em três categorias de análise: minha prática atual, sonhos de outrora e expectativas quase frustradas. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP (CAAE 35057214.0.0000.5053) e está de acordo com as premissas éticas contidas na Resolução 466/2012 do CNS.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ressalta-se que todos os entrevistados são do gênero feminino, apresentaram média de idade de 29,9 anos e média de 6,3 anos de conclusão do curso superior. Os profissionais egressos ocupam os mais diversos níveis de atenção à saúde do SUS, considerando seu emprego atual. Observou-se que um mesmo profissional pode estar desempenhando atividades em mais de um espaço de trabalho, enquanto apenas dois egressos estavam desempregados na época das entrevistas. Dentre as categorias profissionais, a odontologia conseguiu se inserir mais prontamente na Atenção Básica (dois dos três dentistas estão na ESF) e a fisioterapia é, aparentemente, a profissão com maior dificuldade de inserção nesse campo de trabalho. Destaca-se também o fato de a enfermagem, assegurada na equipe mínima da ESF, não estar diretamente atuando nesse nível da atenção. Vale frisar que somente três profissionais estão atuando na Atenção Básica (dois dentistas na ESF e um assistente social no NASF), enquanto cinco dentre os entrevistados estão na área hospitalar (3 fisioterapeutas, 1 psicólogo e 1 enfermeiro), o que remete a reflexões quanto à devolutiva do investimento feito pelo Ministério da Saúde ao qualificar esses trabalhadores. Ainda sobre a categoria “minha prática atual”, houve o seguinte depoimento: “Hoje tudo o que eu faço, todo o conhecimento que eu tenho do NASF, eu trouxe da Residência. Então tudo o que eu sei hoje da área da saúde para trabalhar no NASF vem da Residência” (Assistente social 1). Enquanto isso, na categoria “sonhos de outrora”, notou-se que alguns profissionais afirmavam o desejo de trabalhar na ESF: “Eu sou triste assim no sentido de não poder colocar em prática,

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

não poder trabalhar atualmente no Saúde da Família, porque era o sonho de todos nós que fizemos parte da primeira turma da Residência: era sair da Residência em Saúde da Família e poder colocar em prática o que a gente aprendeu” (Enfermeira 1). Entretanto, o que ficou mais forte foi a sensação de frustração: “Como pós-graduação, uma formação diferenciada, pela carga horária, conceitos trabalhados, investimento alto do governo, acho que fomos subaproveitados. Eu pelo menos me acho assim. E isso me frustra um pouco” (Psicóloga 2). Na categoria “expectativas”, os entrevistados mostraram pouco entusiasmo: “Eu acho q nunca vou trabalhar em NASF por isso... pois se um dia eu passar pra FMS vão me colocar no HUT e nem vão querer saber se tenho pós em saúde da família” (Fisioterapeuta 3). “Eles não se importam com isso [se você tem formação]. Infelizmente. Quando abriram os NASF fizeram seleção interna, de forma bem parcial. Politiqueira” (Psicóloga 1). Como principais desafios para se inserirem na Atenção Básica, um entrevistado listou o seguinte: “Falta oportunidade para trabalhar no NASF, são poucas vagas disponíveis nos concursos, geralmente são uma ou duas vagas. Além disso, normalmente, paga-se mal e a atenção básica é desvalorizada” (Fisioterapeuta 2). Tem-se um cenário de dupla desvalorização.

**CONCLUSÃO:** Com esta pesquisa, constatou-se que os profissionais egressos da RMSFC/UESPI estão inseridos nos mais diversos níveis de atenção à saúde. Entretanto, verificou-se que estão sendo formados profissionais diferenciados, com a qualificação específica para atuar na Atenção Básica, que não encontraram espaço nesse nível de atenção, observando-se uma desvalorização dessa modalidade de qualificação. Isso não é questão de governabilidade, mas, sim, de entender a governamentalidade na sua dimensão programática. Precisa-se com urgência de governos que adotem o compromisso com o dinheiro público e com os projetos de gestões passadas a fim de se garantir retorno social dos investimentos e a continuidade de políticas. Fora isso, confirmou-se que a RMSFC/UESPI tem formado profissionais autônomos, críticos e problematizadores da realidade que, na micropolítica dos serviços nos quais se inseriram, possuem o potencial para disparar processos de mudança e evolução, em um devir constante.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.;

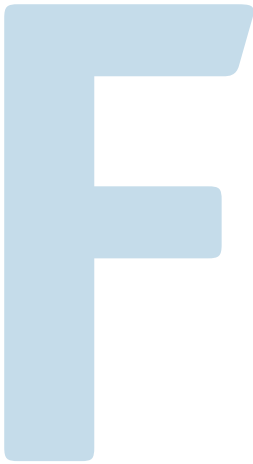
CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.;

CECCIM, R. B. FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007.;

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. Rio de Janeiro. n.1, vol. 14. 2004. Disponível em: . Acesso em: 07 jun. 2013.;

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência.



# FORMAÇÃO EM SERVIÇO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RIMS) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MA.

*Karla da Silva Machado  
Maria Emília Miranda Álvares*

**INTRODUÇÃO:** Atualmente, o modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) é o Sistema Único de Saúde, originado da Reforma Sanitária, movimento de resistência ao movimento hospitalocêntrico e estritamente biológico de atenção à saúde. O SUS busca imprimir uma visão ampliada da saúde, porém a lógica de atenção à doença, a fragmentação do ensino em diversas disciplinas e a crescente especialização da área da saúde têm dificultado a integralidade da atenção. Diante deste fato, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde tem sido estimulada pelo MS desde 2003, enfatizando o trabalho interdisciplinar e colaborando na construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral da saúde da população. A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde constitui-se uma modalidade de ensino em serviço e visa estimular o diálogo entre os diferentes saberes e fazeres em busca do trabalho coletivo e valorizando o multiprofissionalidade no processo.

**OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho é descrever, discutir e ampliar o entendimento sobre a formação em serviço do psicólogo no campo de trabalho multidisciplinar através de um relato de experiência da inserção da psicologia no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital universitário do Maranhão.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo analítico descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, o qual busca retratar as atividades desenvolvidas enquanto residente de psicologia do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). A RIMS é uma modalidade de pós-graduação *latu sensu* voltada para a educação em serviço e destinada ao aperfeiçoamento técnico-científico e ético dos profissionais de saúde, dentre os quais está o psicólogo. O curso é promovido pelo Ministério da Saúde e da Educação e oferecido pela Universidade Federal do Maranhão, sendo desenvolvido no Hospital Universitário Presidente Dutra e Unidade Materno-Infantil. As atividades aqui descritas ocorreram no período de março de 2013 a fevereiro de 2015, na Unidade Presidente Dutra, mais especificamente no setor de Cardiologia que inclui a clínica médica, clínica cirúrgica e UTI- Cardio.

**RESULTADOS:** As atividades desenvolvidas ocorreram no decorrer de 2 anos consecutivos com a carga horária total de 5.760 horas, sendo 1.152 horas de teoria e 4.608 horas de treinamento em serviço. Os residentes de psicologia inserem-se em atividades junto com a equipe médica e demais profissionais do setor de cardiologia que inclui clínica médica, clínica cirúrgica e UTI- Cardio. As atividades nessas unidades contemplam a ampliação de conhecimentos sobre as condições clínicas de pacientes, a partir da discussão da equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionistas. A atuação do residente de psicologia se deu ainda na realização de triagem para acompanhamento psicológico, realização de acompanhamento psicológico dos pacientes durante todo o processo de internação hospitalar, acompanhamento familiar, atividades grupais para acompanhantes, preparação de pacientes e familiares na realização de procedimentos cirúrgicos e exames, psicoprofilaxia e suporte em momentos de luto. Dentre essas atividades teóricas, os residentes realizam apresentação e discussão de casos clínicos e artigos científicos, participam de aulas, nas quais são apresentados conteúdos específicos da psicologia, da política nacional de saúde e educação permanente em saúde, tudo isso sob a perspectiva das várias áreas de saber, fundamentando, assim, o trabalho interdisciplinar.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Percebe-se que a integração do psicólogo com as equipes multiprofissionais através do programa de residência permite que gradualmente ampliem-se as fronteiras de sua atuação. É importante ter em mente que o trabalho em saúde se refere ao ser humano e, portanto, é permeado de subjetividades e objetividades, de tal modo que as intervenções

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

ocorrem a partir de relações entre profissionais e usuários, caracterizando-se como um complexo campo de conhecimentos e saberes. Para que ocorra a integração, os atores envolvidos neste processo precisam estar abertos ao diálogo e à construção coletiva de novas propostas terapêuticas. Através da atuação no programa de residência, percebe-se que a integração ainda aparece como um desafio aos profissionais de saúde, exigindo profissionalismo, comunicação, flexibilidade e criatividade, que são elementos impactantes no processo de saúde. As atividades teóricas e práticas da residência são planejadas para que os residentes ampliem seus conhecimentos e possam realizar novas construções do processo de saúde visando à superação do modelo hegemônico da clínica tradicional fragmentada e compartimentalizada do fazer saúde. A proposta da residência é que os assuntos sejam discutidos na roda, como as estratégias de comunicação terapêutica, o processo de trabalho, educação em saúde, humanização do atendimento, dentre outros assuntos que propiciem ao residente desenvolver um olhar ampliado da saúde.

**CONCLUSÃO:** O debate atual sinaliza para a necessidade de transformar a formação e as práticas de saúde, apontando a relevância dos profissionais ampliarem suas capacidades de diálogo com as diversas compreensões de mundo, de saúde e de doença. A residência surge como uma alternativa, sinalizando uma mudança de paradigma e expectativas em relação às experiências de aprendizagem propiciadas. A fusão da formação com a assistência tem promovido um modelo de ensino que não só oferece uma atenção de qualidade ao usuário, mas também inovações políticas, especialmente na educação e na saúde, que favorecem a produção de conhecimentos e de práticas voltadas para a transformação da realidade concreta. A possibilidade de treinamento em serviço propicia vivenciar a prática de maneira a tornar o profissional preparado para questionar e construir novos modelos de assistência. Assim, a residência apresenta-se como uma nova estratégia para efetivar um sistema de saúde centralizado na humanização da assistência.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 2.117/05. Institui a residência multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 3 nov. 2005.;

CAMPOS, F. E. de. A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.;

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, 2005. p. 1-11.;

MARANHÃO, Universidade Federal Do Maranhão. Regimento Interno. Coordenação da Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde- Unidade Presidente Dutra, São Luís: HUUFMA, 2013.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Residência Multiprofissional; Integralidade; Educação Permanente; Psicologia.



# CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO I

*Francisco Jadson Franco Moreira  
 Andréa do Nascimento Serpa Rodrigues  
 Ana Cristina Martins Uchoa Lopes  
 Francinete Viana Gomes  
 Katherine Jeronimo Lima  
 Mônica Fernandes Magela  
 Emanuela Linhares Viana Oliveira*

**INTRODUÇÃO:** A vigilância em saúde objetiva a análise constante da situação de saúde da população e o consequente planejamento e execução de medidas pertinentes ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde. Responde pelas ações de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, constituindo-se em um trabalho amplo que abrange as vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador. A Escola de Saúde Pública do Ceará contribui na formação dos profissionais em saúde, desenvolvendo, dentre suas ações, o curso Técnico em Vigilância em Saúde com turmas descentralizadas em duas regiões, uma delas é 8ª Região de Saúde do Ceará-Quixadá. O referido curso favorece o desenvolvimento da formação de profissionais técnicos, ampliando sua compreensão da situação de saúde do seu município, sendo facilitado pelas ações estabelecidas nos estágios nos serviços de saúde.

**OBJETIVOS:** Apresentar o trabalho desenvolvido no estágio supervisionado I do Curso Técnico em Vigilância em Saúde das turmas descentralizadas da 8ª Região de Saúde, executado pela Escola de Saúde Pública do Ceará que visa formar profissionais técnicos para atuarem em seus municípios de origem na área de vigilância em saúde a fim de contribuir com a melhoria da qualidade da saúde da região.

**MÉTODOS:** Este estudo é um relato de experiência do estágio supervisionado I do Curso Técnico em Vigilância em Saúde das turmas da 8ª Região de Saúde do Estado do Ceará. O referido curso apresenta uma carga horária de 1200 horas teóricas e 600 de estágio dividido em três etapas, sendo a primeira com duração de 150 horas. As atividades aconteceram em uma frequência de dois dias por semana com duração de 8 horas diárias e direcionadas para a epidemiologia e sistemas de informação dos municípios e da região estadual em vários setores da rede pública. As turmas possuem 50 alunos, distribuídos entre maio e agosto deste ano em setores diferentes que faziam rodízios. No final do estágio, as turmas apresentaram um produto final, relacionado ao tema proposto, que atendeu à demanda do município, sendo desenvolvidas salas de situação dos seis municípios que possuem alunos-trabalhadores do SUS. Estas foram apresentadas em Seminários Regionais de Vigilância em Saúde elaborados pelos próprios alunos.

**RESULTADOS:** Como resultados, podemos descrever o nítido desenvolvimento de uma visão crítica por parte dos alunos, no que diz respeito à situação da saúde dos municípios e da própria Região de Saúde onde estes alunos-trabalhadores do SUS estão inseridos. Tal evolução se deve ao fato de que o acesso aos dados epidemiológicos dos sistemas de informação associados aos processos de investigação das causas dos agravos e determinantes do processo saúde-doença favoreceu o desenvolvimento da leitura e interpretação dos dados em um olhar de vigilância, bem como o planejamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da saúde. A partir deste estágio, os alunos passaram a conhecer a complexidade e amplitude das ações na área de Vigilância em Saúde, desenvolvendo, assim, um perfil profissional ético, cidadão e consciente da importância do papel da Vigilância. A construção do I Seminário Regional em Vigilância em Saúde também favoreceu o processo divulgação da profissão do técnico em vigilância, como também o reconhecimento por parte dos gestores locais dos benefícios que terão após o investimento na formação destes profissionais de nível médio que atuarão no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as implicações promovidas pelo Curso Técnico em Vigilância promoverão a formação de um profissional potencializador para ações de Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

---

1 - ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/RJ - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESP-CE - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ -ESPCE - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ -ESP -CE - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP -CE - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ -ESP -CE - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ -ESP -CE.

**ANÁLISE CRÍTICA:** As diretrizes e orientações para a formação do técnico em vigilância em saúde fundamentam-se nos princípios filosóficos e operacionais do SUS e têm como premissa atender às responsabilidades e competências do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SINVS) e à observância das bases políticas e legais da Política Nacional de Educação (PNE). A formação profissional técnica de nível médio para área da vigilância em saúde vem se mostrando como uma das prioridades na superação de alguns desafios, como podemos perceber na situação da saúde das capitais e municípios de grande porte onde há uma concentração de profissionais com formação superior que atuam na área da Vigilância em saúde. Entretanto, há uma situação bem diferente do que acontece nos municípios de até 20.000 mil habitantes, onde a situação praticamente se inverte, pois, a composição das equipes da área da vigilância na saúde é formada, basicamente, por trabalhadores sem qualificação específica. Pensando sob este aspecto, a formação dos técnicos em vigilância em saúde se torna imprescindível no processo de melhoria da qualidade da saúde destes municípios de pequeno porte. Neste contexto, desenhar um estágio supervisionado voltado para o desenvolvimento de ações que atendam às demandas dos municípios que possuem alunos, torna-se um papel desafiador no processo de formação de profissionais que, certamente, farão a diferença na saúde do seu município.

**CONCLUSÃO:** Dentre os mais diversos desafios existentes no processo de formação profissional de técnicos de nível médio para a área da vigilância em saúde voltada para alunos trabalhadores do SUS, é a elaboração de atividades que favoreçam o desenvolvimento de competências e habilidades que atendam ao que estabelece a Constituição Federal de 1988 (art. 200) e a Lei nº 8.080/1990. Pensa-se que este seja o objetivo maior da Escola de Saúde Pública do Ceará na execução do curso Técnico em Vigilância em saúde das turmas descentralizadas. O estágio torna-se crucial para esta formação, na medida em que se adequa às diferenças advindas do perfil demográfico e epidemiológico de cada município. A produção dos Seminários Regionais, abertos ao público em geral, oportunizou a contextualização das práticas vivenciadas nos serviços de saúde, ratificando o processo de construção da formação destes profissionais que atuarão de forma diferenciada no desenvolvimento da qualidade de vida da sua região.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em: 25 agosto 2015.;

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: [.http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) Acesso em: 22 agosto 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Técnico em vigilância em saúde: diretrizes e orientações para a formação / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. ;

**PALAVRAS-CHAVE:** Ensino Técnico; Vigilância em Saúde; Formação Profissional.



# ANÁLISE DOS CONTATOS FALTOSOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE FLORIANO-PI

*Isadora Teles Soares Beserra*

*Sibele Teles Soares Beserra*

*Hélida dos Santos Ferreira*

*Mariana Barbosa Dias*

**INTRODUÇÃO:** A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, proveniente da infecção causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*). O bacilo se aloja nas células cutâneas ou nas células dos nervos periféricos, podendo multiplicar-se. Apresenta-se sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e dos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (CID et al., 2012). Para Faria et al. (2013), a vigilância de contatos tem como objetivo realizar medidas profiláticas, em que o diagnóstico precoce proporciona ações terapêuticas imediatas e corretas, bloqueando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades. A realização do exame dos contatos intradomiciliares, isto é, qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos, é justificada por apresentar um maior risco de adoecimento do que a população, em geral (PEIXOTO et al., 2011).

**OBJETIVOS:** Analisar os motivos que levam os contatos intradomiciliares de hanseníase a não procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) para realização do exame dermatoneurológico no município de Floriano-Piauí.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado em três UBS no município de Floriano-Piauí. Os sujeitos foram 15 contatos intradomiciliares que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: contatos não submetidos ao exame dermatoneurológico recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), que tomaram ou não a vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) e aqueles que possuíram uma comunicação verbal e o poder de interpretação dos questionamentos. A coleta dos dados foi através de depoimentos no domicílio sob a forma de entrevista registrada por gravador de voz, após a aceitação dos sujeitos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de novembro a dezembro de 2014. Para a análise e interpretação, os dados foram trabalhados de acordo com a análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011) que consistiu em colocar em relevo as informações, o que possibilitou a construção de unidade de significação.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Para a promoção das ações de controle da hanseníase, a equipe multiprofissional deve realizar o seu trabalho de forma compartilhada, desde a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde até a realização do exame dermatoneurológico com o médico e/ou enfermeiro. Através dos depoimentos, pode-se observar que apesar dos contatos estarem convivendo com uma pessoa com hanseníase ou que já fez tratamento, eles não têm o conhecimento adequado ou até mesmo o desconhecimento sobre o que é e como se transmite a doença, mas sentem medo de adquiri-la. Segundo a OMS (2010), o medo é um obstáculo comum enfrentados pelas pessoas ao serem examinadas. Podendo ser medo do diagnóstico, de deformidades futuras, de se expor como tendo hanseníase ou de que a família sofra por conta da doença do paciente. Constatou-se que os sujeitos tinham a consciência de serem contatos intradomiciliares por conviverem no mesmo domicílio que um paciente de hanseníase ou que já realizou o tratamento. E que os principais meios pelos quais os contatos receberam essas informações foram a televisão e o familiar que possui a doença, porém nenhuma das falas relata que receberam essa informação da equipe de saúde. Vale ressaltar que o enfermeiro é um agente fundamental na construção dessas ações de controle da hanseníase, principalmente na divulgação das medidas de vigilância e da realização do exame dermatoneurológico nos contatos. Quando questionados quanto aos motivos da não adesão ao exame dermatoneurológico: quatro contatos responderam não ter sido informado pela equipe de saúde para comparecer à UBS; três relataram ter medo do exame e de possuir a doença; três dos entrevistados afirmaram que a

vacinação e informações inadequadas da equipe de saúde foram os motivos do não comparecimento na UBS; dois responderam a incompatibilidade dos horários de funcionamento das UBS com seus horários disponíveis e falta de tempo; dois argumentaram a falta de interesse e omissão; e um contato relatou a ausência de sinais e sintomas da hanseníase. Neste sentido, a falta de adesão ao exame dermatoneurológico está correlacionada à questão administrativa e operacional do serviço de saúde e cabe ao profissional enfermeiro realizar estratégias que facilitem a realização dos exames nos contatos faltosos, pois a falta de adesão ao exame é considerada como fator de manutenção da doença. No estudo de Ferreira, Ferreira e Morraye (2012), a falta de informação, a omissão e falta de interesse dos mesmos em procurar o serviço também foram identificadas pelos contatos como motivo de não terem procurado o serviço de saúde, resultado este semelhante ao presente estudo. Portanto, independentemente dos sinais e/ou sintomas, ou forma bacilar dos casos-índice, os contatos intradomiciliares devem ser sempre examinados e encaminhados à vacinação, já que possuem um maior risco de serem contaminados do que a população por conviver com um paciente de hanseníase.

**CONCLUSÃO:** Diante dos depoimentos, pode-se concluir que, ao analisar os contatos faltosos de hanseníase, vários fatores envolvem a não adesão dos mesmos em realizar o exame dermatoneurológico, sendo o motivo de não ter sido informado pela equipe de saúde para comparecer à UBS o que mais prevaleceu. Diante disso, é necessária a elaboração de estratégias educacionais de divulgação da doença e a capacitação da equipe de saúde para promover as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. A educação continuada em saúde é imprescindível não somente aos profissionais do nível médio mas também do nível superior de ensino, aos doentes, aos contatos e à comunidade sobre aspectos clínicos, epidemiologia, tratamento e prevenção da hanseníase cujo objetivo é disseminar informações sobre a doença e promover o diagnóstico precoce, podendo minimizar o medo, preconceito e o estigma.

## REFERÊNCIAS:

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 229 p, 2011.;

CID, R. D. S et al. Percepção de Usuários Sobre o Preconceito da Hanseníase. Ver Rene, v.13, n.5, p.1004-14, 2012.;

FARIA, D. R. et al. Avaliação de Contatos de Hanseníase. Revista Panorâmica on-line, v.14, p.35-46, jul, 2013.;

FERREIRA, I. L.C.S.N; FERREIRA, I. N.; MORRAYE, M. A. Os Con-tatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. Hansenologia Internationalis, v.37, n.1, p.53-44, 2012.;

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.;

PEIXOTO, B. K. S. et al. Aspectos Epidemiológicos dos Contatos de Hanseníase no Município de São Luís-Ma. Hansenologia Internationalis, v.36, n.1, p.23-30, 2011.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Hanseníase; Vigilância Epidemiológica; Saúde da Família.



## P

# PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM FORTALEZA/CE SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*Maria José Carneiro*

*Elaine Meireles Castro*

*Mara Dayanne Alves Ribeiro*

*Sabryna Brito Oliveira*

**INTRODUÇÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE é um método científico de trabalho que proporciona melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente através do planejamento individualizado de ações de enfermagem elaboradas pelo profissional (TANNURE & PINHEIRO, 2011). Neste contexto, o enfermeiro atua no planejamento, implementação e avaliação do cuidado individualizado, acompanhando a assistência de forma sistematizada e registrada, avaliando diariamente o cuidado prestado e as expectativas que envolvem a melhoria do quadro clínico (CIANCIARULLO et al., 2001). Os principais desafios relacionados ao modelo são a sua implantação e desenvolvimento, tanto para as instituições como para os profissionais de enfermagem (REMIZOSKI, 2010). Acredita-se que a SAE apresenta inúmeros benefícios envolvidos no cuidado ao cliente e atua como um elemento facilitador no estabelecimento de metas e avaliação das formas de assistir o paciente.

**OBJETIVOS:** Avaliar a percepção de enfermeiros de uma Maternidade Escola de Fortaleza/CE sobre a SAE, no ano de 2015.

**MÉTODOS:** Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e observacional. O estudo foi desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), uma maternidade escola de média e alta complexidade, com atendimento realizado 100% pelo Sistema Único de Saúde, voltado para assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, inclusive para casos de emergência. Foram incluídos no estudo os enfermeiros que estiveram em atividade assistencial e operacionalizando a SAE na MEAC durante o período da pesquisa. A coleta de dados foi desenvolvida através da aplicação de um questionário preenchido pelos profissionais. Todas as etapas da pesquisa foram desenvolvidas obedecendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde, Resolução 466/12. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da MEAC sob o registro 44963815.3.0000.5050.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O questionário foi aplicado para um total de 34 indivíduos, representando 31,77% do total de enfermeiros com vínculo na instituição. Quanto ao perfil desses profissionais, a maioria (97%) é do sexo feminino, com mais de cinco anos de profissão (52.95%) e com título de especialização (61.77%). Esse perfil é proporcional ao da maternidade que apresenta em seu quadro total de enfermeiros indivíduos do sexo feminino com, no mínimo, especialização e que atuam na profissão há pelo menos cinco anos. Com relação ao modelo conceitual que é utilizado no instrumento SAE na MEAC, 58.82% dos enfermeiros afirmam não conhecerem o modelo; dos que afirmaram conhecer, apenas dois acertam ao responder “Modelo Wanda Horta”. Quanto às diferentes formas de participação na implantação do processo de enfermagem/SAE, 64.14% afirmaram participar apenas utilizando o instrumento. Os enfermeiros afirmaram que a padronização do processo assistencial (70.59%), a assistência individualizada e humanizada (58.82%) e a melhoria dos registros nos prontuários (41.18%) foram os principais pontos positivos relacionados à implantação do processo na MEAC. Esses pontos positivos foram associados a contribuições no atendimento às pacientes, sendo as principais: a padronização do processo de enfermagem (73.53%), precisão nas decisões (55.88%) e maior atenção aos registros (55.88%) e o aumento dos dados disponíveis (41.18%). Medeiros e colaboradores (2012) encontraram relatos semelhantes em seu estudo realizado com enfermeiros de uma maternidade pública do Nordeste do país. Os profissionais apontaram que o pouco tempo disponível para o preenchimento do instrumento (47.01%), quantidade reduzida de profissionais (47.01%), pouco envolvimento/comprometimento da equipe (44.12%) e a falta de treinamento/capacitação do enfermeiro (17.65%) estão entre as principais dificuldades na implantação da SAE na instituição. Essas dificuldades são

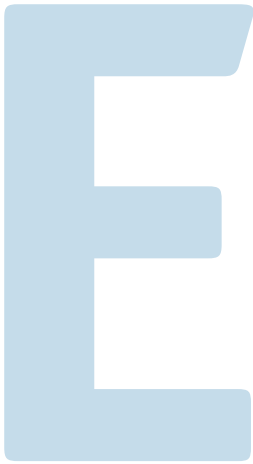
classificadas como de ordem profissional e/ou organizacional e foram listadas por outros enfermeiros que operacionalizam a SAE (ANDRADE E VIEIRA, 2005; HERMIDA, 2004).

**CONCLUSÃO:** Os enfermeiros da maternidade não estão inteirados quanto aos conceitos teóricos que envolvem a SAE na sua instituição de vínculo, mas reconhecem o instrumento como um meio de aproximação do enfermeiro com o paciente. Os entrevistados apontam a SAE como uma proposta para melhorar a qualidade da assistência prestada por ser um método baseado na humanização, sistematização, organização e cuidado específico, entretanto ressaltam que as dificuldades encontradas no processo de implementação são sugestivas de impacto negativo nas esferas profissionais e organizacionais e, de acordo com os entrevistados, poderiam ser amenizadas com a aplicação de medidas de educação e organização promovidas pela maternidade. Sugere-se, então, medidas educativas voltadas aos profissionais no intuito de elucidar o instrumento de trabalho e otimizar os benefícios da SAE no ambiente de trabalho e o atendimento à população.

## REFERÊNCIAS:

- ANDRADE, J. S. D.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.58, n.3, p.261-5, 2005.;
- CIANCIARULLO, T. I. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. In: *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. 1ª ed. São Paulo: Ícone, 2001.;
- HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.57, n. 6, p.733-7, 2004.;
- MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos Enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, RS, v.33, n.3, p.174-181, 2012.;
- REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem-SAE: Uma revisão teórica. *Cadernos da Escola de Saúde*, Curitiba, RS, v. 1, n. 3, p. 1-14, 2014.;
- TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M.; SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistematização; Assistência; Enfermagem; Maternidade.



# EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DO TRABALHADOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO DO PIAUÍ

*Ana Livia Castelo Branco de Oliveira  
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho  
Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto  
Maria do Carmo Campos Pereira  
Márcia Astrês Fernandes  
Gláucia Antônia Viana de Azevedo  
Raíssa Vanessa Lima Ribeiro*

**INTRODUÇÃO:** De acordo com a Lei nº 8.080/90, art.6,§3.º, a Saúde do Trabalhador é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho. Entre os determinantes da Saúde do Trabalhador estão os condicionantes macroestruturais vinculados às questões sociais, políticas, econômicas e tecnológicas, além dos riscos ocupacionais. Deste modo, as ações de Saúde do Trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho-doença em toda sua complexidade. A Educação em Saúde se insere no contexto da enfermagem por meio da relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente para que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida.

**OBJETIVOS:** O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), durante as práticas da disciplina Saúde Pública na Central de abastecimento do Piauí-CEAPI, com a Educação Popular voltada para a saúde dos trabalhadores.

**MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexiva, de natureza descritiva, que discorre sobre a vivência de discentes em Enfermagem, ocorrida no mês de dezembro de 2014, através de atividades voltadas para a saúde dos feirantes da Central de Abastecimento do Piauí (CEAPI), Teresina-PI. A visita dos estudantes compõe o cronograma pedagógico da disciplina Saúde Pública e estes receberam orientações das Professoras da referida disciplina antes e durante as atividades. Durante esta prática, 150 pessoas foram assistidas, dentre trabalhadores, visitantes e compradores. As atividades destinadas a esse público foram de educação, prevenção e promoção de saúde, tais como avaliação da pressão arterial e hábitos alimentares, consulta do Índice de Massa Corpórea (IMC) e investigação de doenças ocupacionais. Os materiais utilizados eram *folders*, álbum seriado sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), preservativos masculinos, além de outros.

**RESULTADOS:** A maior parte dos trabalhadores, em geral homens residentes no município de Teresina, não fora atendida por serviços de saúde devido à falta de tempo, oportunidade, interesse, além de outras barreiras, como a incompatibilidade entre horário do trabalho e de atendimento no serviço de saúde. No primeiro momento de contato com os trabalhadores, pode-se perceber a falta de interesse de alguns e a empolgação de outros. Durante as atividades, foram distribuídos *folders*, elaborados pelos próprios alunos, sobre diabetes e hipertensão, os quais apresentavam um conteúdo que abordava a definição das doenças, suas classificações, fatores que favorecem o surgimento, prevenção e orientações sobre melhores hábitos de vida, que envolviam alimentação saudável e prática regular de exercícios físicos. A linguagem utilizada nos *folders* era de simples entendimento para que quando tivessem alguma dúvida pudessem recorrer a eles e compreender o conteúdo. Também, os acadêmicos explicaram sobre a importância das atividades para a promoção e prevenção em saúde, levando por base a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Quanto à educação em saúde sobre sexualidade, notou-se boa aceitação pelo público, que despertou interesse pelos preservativos distribuídos e aconselhamentos dispensados pelos alunos. Entretanto, foram identificados casos de recusa por motivos pessoais, desconhecimento, dificuldade de discutir a temática ou por resistência a práticas de saúde.

**ANÁLISE CRÍTICA:** A princípio, observou-se a preocupação de homens, de baixa renda, com a atividade laboral e isto reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Logo, a promoção da saúde por meio

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 7 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU.

da educação direcionada à saúde do homem gera resultados satisfatórios. Esta produz ações no processo de trabalho voltadas para a atuação sobre o conhecimento dos indivíduos a fim de que ocorra ampliação de juízo crítico e capacitação de intervenção sobre suas próprias vidas. Sobre esta perspectiva, em 2006, foram definidos os eixos prioritários de ação da PNPS, dentre eles a alimentação saudável e prática corporal/atividade física, pois a não adoção desses hábitos proporciona o surgimento de diversos agravantes à saúde. Durante o desenvolvimento da atividade proposta, os acadêmicos observaram a necessidade da população quanto a práticas de educação em saúde em virtude da carência de conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis e estigmas que contribuem para conclusões errôneas sobre sexo e DSTs. Acredita-se que a prevenção de fatores de riscos modificáveis seja uma opção para prevenir agravos futuros. Neste âmbito, o enfermeiro do trabalho deve fundamentar as ações educativas com o intuito de promoção da saúde da clientela.

**CONCLUSÃO:** Percebeu-se que a educação em saúde é importante para reforçar e orientar a população quanto às melhores práticas a serem adotadas a fim de se obter uma boa qualidade de vida. Com essa atividade, o público atendido teve a oportunidade de sanar dúvidas e obter mais conhecimento sobre os temas abordados. Assim, os discentes puderam perceber a necessidade e relevância de suas práticas para a saúde dos trabalhadores. Também, essa atividade proporcionou aos acadêmicos um aprendizado diferenciado, visto que os mesmos estavam habituados a terem práticas em instituições hospitalares e por meio dessa prática tiveram a oportunidade de vivenciar, no cotidiano, a relevância do papel do enfermeiro para a comunidade, especialmente quando educador em saúde.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 18055, 1990.;

BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília, 2008.;

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Ministério da Saúde. Brasília, 2006. ;

CEREST. O que é saúde do trabalhador?. Disponível em: [http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap\\_cerest/cerest/gerados/saude\\_trabalhador.asp](http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/cerest/gerados/saude_trabalhador.asp). Acesso em 04 de outubro de 2014.;

FIALHO, A. V. M. et al. Saúde ocupacional dos trabalhadores de uma usina de reciclagem de entulho. Rev Enferm UFPI; v. 3, n.1, p. 85-92, 2014.;

LEVY, S. N. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Disponível em: . Acesso em 04 de outubro de 2014.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Educação em Saúde; Saúde do Trabalhador.



## PROJETO MAIS VIVER: INFORMAÇÃO, LUDICIDADE E SOCIABILIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS

*Jordânia Ferreira Mesquita de Oliveira*

*Ana Caroline Barbosa da Silva*

*Brunna Verna Castro Gondinho*

*Maycom do Nascimento Moura*

*Samila Cristiany de Jesus Bezerra*

*Thamyris Mendes Gomes Machado*

*Maria Luci Esteves Santiago*

**INTRODUÇÃO:** Saúde da pessoa idosa é definida como a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (RAMOS, 2002). É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável o principal objetivo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2010). É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde dos idosos, tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (BRASIL, 2006).

**OBJETIVOS:** Descrever e avaliar os resultados obtidos a partir da experiência de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC-UESPI) no projeto “Mais Viver”, desenvolvido com um grupo de idosos da cidade de Teresina, na perspectiva da promoção da saúde.

**MÉTODOS:** O projeto “Mais Viver” é desenvolvido pela equipe de residentes e preceptores da RMSFC-UESPI, em um grupo de idosos do bairro Parque Rodoviário, zona Sul de Teresina. Os encontros acontecem quinzenalmente no salão paroquial da igreja católica do bairro. A idealização do projeto se deu mediante processo de territorialização no qual se identificou, pelo reconhecimento do território e aproximação com as pessoas e equipes de saúde da família, a necessidade de atuação com o segmento populacional idoso. O projeto está sendo desenvolvido com membros da “Associação de Idosos Voz da Experiência”, mediante parceria com as instituições e profissionais envolvidos, entre elas o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e de Assistência Social (SEMTCAS). Realizam-se rodas de conversas, atividades físicas e dinâmicas de grupo, promovendo um espaço de informação, ludicidade e sociabilidade voltado para a qualidade de vida dos sujeitos.

**RESULTADOS:** O projeto teve início em agosto de 2014, no qual, após processo de territorialização, identificamos um espaço com potencial de desenvolvimento de ações de saúde com a população idosa daquele bairro. Embora o grupo já estivesse constituído enquanto associação, os membros ressaltaram a falta de apoio institucional que pudesse dinamizar os encontros. Durante a realização do projeto, foram discutidos temas como direitos sociais dos idosos, envelhecimento ativo, alimentação saudável, saúde bucal, saúde mental, participação social e cidadania. Atividades como jogo da saúde, capoterapia e dança, jogo da memória da saúde bucal, mostra de chás e plantas medicinais, oficina de natal e outras atividades foram desenvolvidas através de metodologias participativas visando ao envolvimento dos idosos. O planejamento das ações acontece de forma multiprofissional e com base nos interesses do grupo, em que, ao final de cada atividade, fazemos um levantamento destes. A equipe da RMSFC-UESPI procura compartilhar conhecimentos de forma lúdica e participativa visando a uma relação horizontal. Como resultados alcançados, podemos destacar a criação de vínculos entre os idosos, a Residência e a Estratégia Saúde da

1 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 2 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 3 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 4 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 5 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 6 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 7 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ.

Família, a revitalização do grupo, processos de educação popular em saúde que oportunizam o protagonismo dos sujeitos na discussão da sua saúde, aprendizagem significativa para os profissionais com a consequente ressignificação da prática, a interação social e convivência entre os idosos.

**ANÁLISE CRÍTICA:** O desenvolvimento de atividades de grupo dinamiza o cotidiano do idoso, o que é fundamental para sua saúde se considerarmos que o processo de envelhecimento geralmente ocasiona sentimentos de não adaptação às transformações físicas, sociais, psicológicas, muitas vezes se traduzindo em isolamento (FREITAS; CAVALVANTE, 2007). Observamos no grupo da Associação de Idosos Voz da Experiência um efetivo envolvimento e organização dos sujeitos, embora pareça haver pouco aproveitamento deste espaço pelas equipes de saúde da família, onde são realizadas atividades pontuais. Destaca-se que no último ano houve incremento de ações nesse grupo a partir da inserção da RMSFC e da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento são ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Mostra-se importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual portando uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação (PEDROSA, 2003). Neste sentido, a inserção de profissionais no grupo, com visão pautada em princípios de promoção de saúde, educação popular e educação permanente, contribui com a mudança na perspectiva do fazer saúde, superando o modelo excessivamente clínico de atenção, valorizando o diálogo, as afetividades, o encontro entre subjetividades.

**CONCLUSÃO:** A experiência relatada demonstra a potencialidade de promoção da saúde na perspectiva do encontro coletivo e dialogado, articulando saber profissional e saber popular na atenção à saúde do idoso. A RMSFC-UESPI atua como um instrumento catalizador do vínculo entre a Estratégia Saúde da Família, incluindo-se o NASF e as equipes de saúde da família com a população idosa, embora mostrou-se necessário o estreitamento dessa relação para que as ações tenham continuidade efetiva. Portanto, demonstrou-se a importância de valorização dos espaços coletivos de organização da sociedade, no segmento idoso e nas diversas faixas etárias, para a produção de saúde, contribuindo para a superação de um modelo de atenção que predominantemente acontece de forma fragmentada, clínica e individualizada.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Brasília, 2006. ;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010.;

FREITAS, M. C.; CAVALCANTE, P. M. T. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um Grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde Da Família de Pacatuba – CE. Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 92-99, jan./abr.2007;

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.;

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família.



# AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO SOBRE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS E FARMACOVIGILÂNCIA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DE MEDICAMENTOS DE PETROLINA/PE

*Gabrielly Thais Pereira Amorim Gomes*

*Bianca Gonçalves de Oliveira*

*Bruna Manuella Souza Silva*

*Flávia Keile Souza Macedo*

*Magadiel dos Santos*

*Isabel Dielle Souza Lima Pio*

*Deuzilane Muniz Nunes*

**INTRODUÇÃO:** Os medicamentos são insumos essenciais em saúde, porém o seu consumo pode contribuir na prevalência de certas doenças ou produzir efeitos indesejáveis <sup>1</sup>. A ANVISA define Reação Adversa a Medicamento – RAM como: “Qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas” <sup>2</sup>. As RAMs têm um impacto negativo significativo nos sistemas de saúde e por isso há a necessidade de desenvolver atividades de vigilância dos fármacos e monitorização das reações adversas, objetivo da Farmacovigilância (FV) <sup>3</sup>. Esta ciência está relacionada com a “identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema relacionado a medicamentos” <sup>4</sup>. É importante a compreensão do nível de conhecimento dos pacientes, suas expectativas sobre os medicamentos e sua percepção de risco associado ao uso de medicamentos.

**OBJETIVOS:** Delinear o perfil sociodemográfico da população usuária dos serviços de saúde da cidade de Petrolina e avaliar o nível de conhecimento sobre Farmacovigilância (FV) e a importância no monitoramento das Reações Adversas a Medicamentos (RAMs) para a saúde.

**MÉTODOS:** O estudo tem caráter observacional descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Petrolina/PE. Foram abordados aleatoriamente mais de 150 indivíduos, no período de outubro/2014 a fevereiro/2015, conforme os critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; aceitar participar voluntariamente do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo os profissionais de saúde, especialmente farmacêuticos, enfermeiros ou médicos. Aplicou-se um questionário em locais públicos com perguntas de múltiplas opções referentes ao perfil sociodemográfico, como sexo, idade, escolaridade, renda, além de questões sobre segurança relacionada ao uso de medicamentos e conduta diante de um problema relacionado ao medicamento. Coletaram-se, ainda, mediante questões subjetivas, informações relativas ao conhecimento sobre RAMs e FV. Este trabalho foi submetido ao Comitê de ética da UNIVASF e aprovado com o registro nº 0009/220514.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram entrevistados 153 pessoas, em sua maioria do sexo feminino (80,4%), com faixa etária mais predominante de 20 a 29 anos (26,8%) e segundo grau completo (37,9%). No momento do estudo, mais de um terço (38,6%; n=59) dos entrevistados afirmou que utiliza de 01 a 02 medicamentos diariamente. Ao avaliar o grau de entendimento do grupo sobre RAMs, observou-se que 50,3% afirmaram ter conhecimento e as respostas puderam ser categorizadas em cinco grupos: sinais e sintomas negativos (21,6%), alergia (17,6%), problemas na efetividade do medicamento (6,5%), alergia e sinais e sintomas negativos (1,3%), alergia e efetividade (0,7%). Em contrapartida, 52,3% não responderam ou a resposta não foi compreendida. Analisando as categorias citadas pelos entrevistados e o nível de escolaridade, foi possível perceber que aqueles com mais tempo de estudo apresentaram melhor compreensão sobre reações adversas. Ao perguntar sobre condutas dos indivíduos diante de uma suspeita de RAM, 67,9% (n=104) afirmaram que interrompem o tratamento e procuram ajuda. Além disso, mais de um terço dos respondentes (33,9%; n=52) declarou que costuma questionar sobre sinais e sintomas de

1 - DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF, PETROLINA, PERNAMBUCO- BRASIL - 2 - DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF, PETROLINA, PERNAMBUCO- BRASIL - 3 - DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF, PETROLINA, PERNAMBUCO- BRASIL - 4 - DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF, PETROLINA, PERNAMBUCO- BRASIL - 5 - DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF, PETROLINA, PERNAMBUCO - BRASIL - 6 - DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF - COLEGIADO DE FARMÁCIA, PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL - 7 - DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF - COLEGIADO DE FARMÁCIA, PETROLINA, PERNAMBUCO, BRASIL.

RAMs durante consultas com profissionais de saúde e 37,2% (n=57) relataram que os profissionais sempre informam sobre o uso correto de medicamentos e RAMs. Sobre o nível de informação da população com relação à FV, 85% dos entrevistados mencionaram não ter conhecimento. Dentre os que conheciam, definiram FV como fiscalização sobre medicamentos (8,0%), vigilância e orientação ao usuário de medicamentos (1,0%), fiscalização/acompanhamento do serviço de farmácia (1,0%) e pesquisa na área de medicamentos (2,0%). Ao indagar sobre a relevância de atividades educativas que abordem os temas investigados, 83% do grupo entrevistado consideraram importante, mas 14,4% não apresentaram qualquer opinião. No total da amostra, 85% relataram que a cidade deve ter um programa de farmacovigilância estruturado para estudo das RAMs. Os entrevistados admitem que as notificações de RAM no Programa de Farmacovigilância devem ser feitos por todos os profissionais de saúde. Apesar dos avanços em FV ocorridos nas últimas décadas, ainda existe muito desconhecimento acerca dessa temática por parte da população e até mesmo dos profissionais de saúde em nosso país 5. No estado de Pernambuco não existe centro de farmacovigilância atuante, o que pode contribuir para uma realidade ainda mais crítica nessa região.

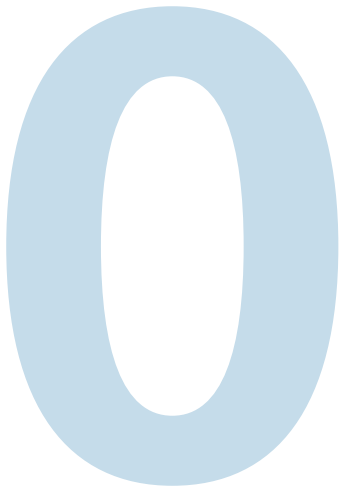
**CONCLUSÃO:** Os resultados demonstram a necessidade do fomento às informações sobre medicamentos, a ser viabilizada com o fortalecimento da relação Universidade-comunidade, por meio de atividades de extensão, com práticas de educação em saúde e o estabelecimento do debate sobre o medicamento como instrumento de cuidado. Há, pois, um cenário bastante favorável à implantação de Programa de Farmacovigilância, bem como para a atuação de Centros de Informação sobre Medicamentos. O estudo apresenta um avanço no sentido de fornecer informações importantes capazes de subsidiar a condução de outros estudos para ampliação da compreensão dos benefícios e prejuízos relacionados a terapias medicamentosas.

## REFERÊNCIAS:

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Pós-Comercialização Pós Uso/Farmacovigilância. Disponível em: Acesso em: Abr.2014.;
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Guia Regulatório - ANVISA : Glossário da Resolução RDC Nº 04/2009 – Anvisa, versão 11/02/2009.Brasília (DF), 2009.;
3. DIAS, M. F. Introdução à Farmacovigilância. In: STORPIRTIS, S. et al. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap.5.;
4. BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; A Importância da Farmacovigilância (Monitorização da Segurança dos Medicamentos). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.;
5. ABJAUDE, S. A.R. et al. Omissão em Notificações: resultado do desconhecimento em Farmacovigilância. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. Três Corações, 11 (1), p. 267-276, jan./jul. 2013;

**PALAVRAS-CHAVE:** Farmacovigilância; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Centros de Informação.





## O DESAFIO DE CONCILIAR A EDUCAÇÃO PELO TRABALHO DENTRO DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO LECIS

*Ana Mara Farias de Melo*

*Kelen Gomes Ribeiro*

*Vanessa Silva Farias*

*Antônia de Maria Gomes Paiva*

*Edmara Maria Peres Martins*

*Janne Michelle Costa Dias*

**INTRODUÇÃO:** A formação no ambiente de trabalho caracteriza-se como um investimento no aperfeiçoamento dos trabalhadores, ampliando a visão da saúde, passando a considerar os determinantes e condicionantes que a influenciam. Segundo Barreto (2007), o processo educativo dos trabalhadores tem como alicerce a proposta do Sistema de Saúde Escola (SSE) cuja ideia é criar uma estratégia de educação permanente em parceria com instituição de ensino, transformando a rede de serviços em espaços de educação contextualizada e desenvolvimento profissional. O município de Sobral partilha da Estratégia, pois promove o processo de educação permanente integrando trabalhadores de diversas redes assistenciais e instituição de ensino. O Projeto de Extensão LECIS foi uma dessas iniciativas, onde alunos da área da saúde da Universidade Federal do Ceará-Sobral puderam atuar nas comunidades, promovendo espaços de diálogos e construindo ações que beneficiem a população na perspectiva da interdisciplinaridade.

**OBJETIVOS:** relatar a experiência do Laboratório de Educação e Colaboração Interprofissional para promoção da saúde materno-infantil (LECIS) e as ações desenvolvidas por alunos, inseridos em Unidades Básicas, e nas comunidades, a saber: Terrenos Novos e Padre Palhano, de modo a viabilizar a aprendizagem pelo trabalho e ampliar os olhares para além do conhecimento teórico acadêmico.

**MÉTODOS:** As práticas de Ensino no Sistema de Saúde Escola de Sobral são reguladas pela Lei dos Estágios 11.788 de 25/09/2008 que organiza e prever as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso para a etapa e modalidade da formação escolar do estudante. Dentro dessa realidade de inserção da Universidade nos serviços de saúde nasceu o Projeto de Extensão LECIS, o qual funcionava com equipes divididas em dois bairros visando à educação permanente nos serviços em saúde. A proposta era a promoção da saúde materno-infantil, porém foi ampliada para proporcionar uma educação pelo trabalho, então ao invés de atuar apenas com mulheres mães ou em idade fértil, foi possível trabalhar com a comunidade e equipes de saúde. Foram viabilizadas as ações listadas abaixo: FACILITAÇÃO DE GRUPOS DE GESTANTES; CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS); PROMOÇÃO DE ESPAÇOS DE DIÁLOGOS EM CRECHES E NAS UNIDADES BÁSICAS; REATIVAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO BAIRRO PADRE PALHANO PESQUISA.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** os resultados das ações do LECIS repercutiram na vida dos estudantes, das equipes de saúde e da comunidade, promovendo maior consciência crítica e autonomia perante as situações encontradas, funcionando como ferramenta de transformação para todos os participantes. Dessa maneira, o LECIS se efetivou como promotor de umas práxis comprometidas com a realidade social. A importância para os acadêmicos aconteceu pela possibilidade de construir experiências na formação, tanto na inserção na lógica dos serviços de saúde como na construção de saberes. Apontaram também para uma aproximação e compreensão da atividade laboral dos profissionais, bem como para o desenvolvimento de habilidades formativas dos estudantes mais harmonizadas com a proposta do Sistema Único de Saúde e capazes de promover estratégias para formação e desenvolvimento dos trabalhadores, atendendo à prerrogativa de políticas em saúde.

**CONCLUSÃO:** estivemos no território de duas Unidades Básicas de Saúde que apresentaram desafios e potencialidades e consideramos que, com o Programa LECIS, foi fomentado, na universidade e nos serviços de saúde, a discussão sobre a formação de profissionais de saúde comprometidos com a superação das iniquidades em saúde e conscientes da importância da construção de um processo de implicação social no desenvolvimento do trabalho em saúde. Observamos o quanto é proveitoso para o serviço

de saúde, para os estudantes e para a comunidade essa aliança, que baseada nas diretrizes de educação em saúde nos permite uma vasta possibilidade de atuação, desenvolvimento e continuidade do trabalho na Atenção Primária em Saúde no município de Sobral com o desenvolvimento de parcerias com as lideranças locais.

## REFERÊNCIAS:

BARRETO, I. C. H. C., L. O. M. ANDRADE, ET AL. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de Saúde da Família. Rev. Eletrônica Tempus - Actas de Saúde Coletiva. ISSN 1982-8829. Vol 1, 2007. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/396>. Acesso 01 mai 2015.;

Brasil and M. d. Saúde (2004). Política Nacional de Educação Permanente. Portaria nº 198. M. d. E. d. Saúde. Brasília, Gabinete do Ministério da Saúde.;

CECCIM RB. Educação Permanente em Saúde: de descentralização e disseminação da capacidade pedagógico na saúde. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação pelo Trabalho; Saúde da Família; Colaboração Interprofissional.



# PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO E ATUAÇÃO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF NA CIDADE DE PARNAÍBA – PIAUÍ

*Mariana de Souza Costa*

*Cleriston de Sousa Calaça*

*Mara Dayanne Alves Ribeiro*

*Carlos Eduardo Rodrigues Castelo Branco*

*Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiro*

*José Lopes Pereira Júnior*

*Marcelo de Carvalho Filgueiras*

**INTRODUÇÃO:** Devido à notória necessidade de ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social e as transformações no conceito de saúde, o Ministério da Saúde sancionou a Portaria GM Nº 154, em 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. O NASF nasce com o objetivo de ampliar a abrangência e o respaldo às ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Neste novo campo de atuação, a formação do fisioterapeuta deve deixar de ter predominância curativista e reabilitadora para também ser voltada para a atuação coletiva, proporcionando-lhe prática e conhecimento sobre as questões sociais e políticas públicas de saúde (PINHEIRO, 2009).

**OBJETIVOS:** Descrever a percepção dos fisioterapeutas sobre sua implantação e atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF, na cidade de Parnaíba-Piauí.

**MÉTODOS:** Foi utilizada metodologia qualitativa incluindo todos os fisioterapeutas do NASF de Parnaíba (Piauí). Os profissionais que participaram do estudo foram esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de inclusão foi o profissional estar exercendo suas funções nos NASF, sendo excluídos os fisioterapeutas que não estavam atuando nos núcleos de assistência ou que se encontravam afastados de suas funções por licença. As informações foram obtidas, nos próprios NASF, por meio de entrevistas de um formulário composto por questões abertas, envolvendo a percepção dos fisioterapeutas sobre a implantação do NASF em Parnaíba; percepção sobre atuação dos mesmos no NASF de Parnaíba; as perspectivas para o futuro segundo os fisioterapeutas. Para análise dos dados, foi realizada a leitura crítica do material produzido após a transcrição das questões abertas da entrevista, partindo-se então para a análise do conteúdo das entrevistas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Parnaíba (Piauí) era composto por 25 profissionais, sendo 5 fisioterapeutas, constituindo a amostra do estudo. Os profissionais foram questionados sobre sua percepção quanto à implantação do NASF em Parnaíba e a maioria respondeu encontrar uma grande resistência das ESF, uma vez que as mesmas ainda tinham um pensamento curativista por parte dos fisioterapeutas que estavam se inserindo atualmente nos NASF. Como podemos perceber em algumas falas: “O processo de implantação do NASF em Parnaíba foi bem complicado, encontramos muita resistência por parte das ESF, que gostariam e esperavam que fôssemos atuar através de atendimentos individuais” (FISIOTERAPEUTA A) e “[...] a implantação foi positiva, mas encontramos ainda dificuldade de aceitação por parte das ESF, de aceitar a prioridade dada à prevenção[...]” (FISIOTERAPEUTA B). Sobre os questionamentos de percepção quanto à atuação do fisioterapeuta no NASF, foi unânime o pensamento dos entrevistados, pois se revelaram totalmente conscientes sobre o seu papel de extrema importância com relação à prevenção e promoção da saúde, tirando o foco reabilitador da fisioterapia na Saúde Coletiva, como mostram os seguintes relatos: “A atuação tem sido bastante desafiadora devido nossa formação ser voltada essencialmente para a reabilitação, até mesmo pela visão dos profissionais das ESF e da comunidade de que o fisioterapeuta tem que estar diretamente envolvido na terapia com o paciente. [...] a demanda de pacientes para a fisioterapia está sendo voltada para orientações e ensinamentos para os cuidadores e atividades coletivas com diversos grupos” (FISIOTERAPEUTA A).

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC - 4 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU- UNINASSAU - 5 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU- UNINASSAU - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.

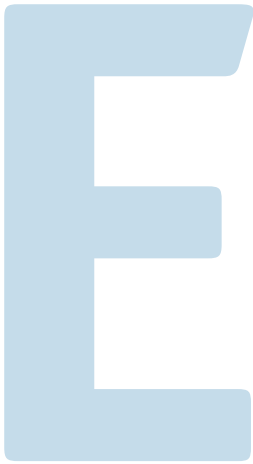
As principais dificuldades enfrentadas pelos fisioterapeutas do NASF de Parnaíba têm sido voltadas para a relação interpessoal com os demais profissionais da equipe e dificuldades estruturais. Segundo Nascimento e Oliveira, o NASF integra as equipes da ESF com a presença de outros profissionais, buscando-se alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, atuando em conjunto com esses profissionais, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território. Em um estudo feito por Nunes, em uma pós-graduação em saúde coletiva, a avaliação dos processos formativos para os trabalhadores do NASF indica que a residência multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é uma das estratégias consideradas positivas para a formação de profissionais com perfil para trabalhar diretamente com as ferramentas do NASF. A RMSF fundamenta-se na interdisciplinaridade, facilitando a construção de um conhecimento ampliado de saúde, que precisa qualificar os trabalhadores para o desafio de trabalhar na coletividade visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos. Esse tipo de prática não é visto no município de Parnaíba, pois a totalidade dos entrevistados relata não possuir nenhum tipo de experiência semelhante com estas citadas acima.

**CONCLUSÃO:** A atuação do fisioterapeuta é essencial para que o SUS e a comunidade compreendam que a fisioterapia não possui apenas a função curativista mas também contribui para a saúde funcional de cada cidadão, através de uma atuação preventiva, com a finalidade de reduzir o número de leitos e custos para o tratamento da população. (PLOSZAJ, 2002). Dessa maneira, observa-se a importância da prática fisioterapêutica no contexto da saúde pública e a sua relevância na atuação conjunta com a equipe multiprofissional. Porém, ainda se encontra resistência por parte das ESF com a inserção do fisioterapeuta na atenção primária. Além de ser observado que ainda convivemos com um modelo assistencial curativista, sendo a prevenção um processo em construção da fisioterapia.

## REFERÊNCIAS:

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O SUS Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União 04 de março de 2008.;
2. PINHEIRO, L. B. D.; DIÓGENES, P. N.; FILGUEIRAS, M. C.; ABDON, A. P. V.; LOPES, E. A. B. Conhecimento de graduandos em Fisioterapia na Universidade de Fortaleza sobre o Sistema Único de Saúde. Rev. Fisioter. Pesq., V. 16, n. 3, p. 211-6, 2009.;
3. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):92-96.;
4. Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Rev Saúde Colet. 2005;15(1):13-38.;
5. Ploszaj A. SUS: Fisioterapia ou reabilitação? Físio Brasil 2002, 6(56): 13-13.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Fisioterapia; Saúde da Família; Saúde Pública.



## ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM DO PROBLEMA DO LIXO UTILIZANDO O MÉTODO PAIDEIA

*Marta Célia Cunha*

*Érika Vanessa Serejo Costa*

*Sylvia Narriman Barroso Tavares*

*Antônia de Maria Rodrigues de Sousa Castro*

*Geovania Vieira de Brito*

*Maria Socorro Carneiro Linhares*

*Maria Adelane Monteiro da Silva*

**INTRODUÇÃO:** Boa parte dos atos que a humanidade pratica cotidianamente sem pensar é seguida de outro gesto automático: sobrou, jogou fora (PADOVANI, 2011). O lixo deixado a céu aberto na área populacional de adscrição da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do noroeste cearense, vem comprometendo toda a região e ocasionando problemas de saúde, eliminando odores e provavelmente substâncias que atraem bactérias, fungos, vírus, protozoários e animais causadores de doenças. Dentre estas, as de transmissão feco-oral, por vetores, do contato com a água, como também as relacionadas com a higiene, entre outras. A assistência sanitária faz parte do escopo das responsabilidades da Estratégia Saúde da Família que, por sua vez, deveria incorporar concepções e práticas que integrem as relações homem/ambiente/condições de saúde, de forma interdisciplinar, intersetorial e coparticipativa (LIMA; SANTANA, 2009), promovendo cuidados individual e coletivo dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).

**OBJETIVOS:** Descrever as estratégias de abordagem do problema do lixo utilizadas pela equipe da ESF.

**MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência que se deu a partir do desenvolvimento da Roda de Conversa ou Método Paideia com todos os profissionais da equipe da ESF de um município do noroeste cearense, com população em torno de 72.803 pessoas (IBGE, 2014) e 24 equipes de saúde da família, no mês de junho de 2015. Segundo Gastão Wagner, a Roda é um arranjo em que existem oportunidades de discussão e de tomada de decisão, onde circulam afetos e vínculos que são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. O método possibilita a inclusão do sujeito no trabalho em saúde, melhorando sua capacidade de reconhecer uma situação sanitária, identificar seus determinantes e, apesar das dificuldades do contexto, ampliar as possibilidades de intervenção sobre um quadro considerado nocivo, no qual o “fazer Saúde Coletiva seja com as pessoas e não sobre elas”.

**RESULTADOS:** A questão do lixo a céu aberto foi identificada pela equipe como um problema prioritário, mesmo que exista a oferta de serviço de limpeza urbana diariamente, tal situação vem comprometendo a saúde da comunidade. Foi construído pelos profissionais da equipe o primeiro boletim epidemiológico ofertando à população informações sobre o seu perfil socio-sanitário e pactuou-se a elaboração, submissão ao poder público municipal e implementação de um Projeto intitulado “Bairro Lindo, Bairro Limpo”, em que o plano de ação deste foi desenhado para o segundo semestre de 2015, intencionando-se alcançar três metas: 1ª) fomentar a mobilização social e comunitária com atividades de educação ambiental formal e não formal, como reuniões em horários alternativos com vistas a uma maior participação dos moradores; busca de parcerias (escolas, secretarias municipais, câmara, empresas privadas etc.) e despertar a corresponsabilização da comunidade; 2ª) diminuir o acúmulo de lixo visível nas ruas do bairro por meio de movimentos como a Marcha pela Limpeza; 3ª) a substituição de terrenos outrora usados como lixões por espaços de socialização arborizados e mantidos pelo cuidado da própria comunidade através da distribuição de mudas de plantas doadas pela Secretaria de agricultura municipal.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Os problemas gerados pelo descarte inadequado de lixo são muitos e, geralmente, visíveis. Na maioria dos casos, eles se configuram como agressões ambientais e até como uma questão sanitária que coloca em risco a saúde pública. O método Paideia possibilitou o reconhecimento aprioristicamente por parte da equipe sobre a importância da força coletiva quando se pretende intervir sobre determinado problema que extrapole a responsabilidade da ESF, permitindo a criação de

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA - 3 - PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUÁ - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA.

espaços de cogestão no processo de trabalho dos profissionais, sem desmerecer os núcleos dentro do campo de saber. Contudo, mesmo em um ambiente facilitador de discussão, alguns integrantes da roda demonstraram descrédito em si próprios quanto à capacidade de transformar uma situação geradora de riscos, sem participar ativamente dos momentos de troca entre os núcleos.

**CONCLUSÃO:** Uma vez que a atuação sobre os diversos determinantes sociais extrapola as competências e atribuições do setor saúde, torna-se premente a ação coordenada de diversos setores, incluindo a integração dos diversos segmentos da administração pública municipal, de modo a buscar alternativas conjuntas para solucionar os problemas complexos que há tempos se descortinam.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.;

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. Disponível em: Capturado em 26/08/2015.;

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: Capturado em 26/08/2015.;

LIMA, Rafaela Pereira de; SANTANA, Fabiana Ribeiro. Determinantes ambientais no território específico da Estratégia Saúde da Família: triangulação dos dados. 2009. Disponível em: [http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/RAFAELA\\_.PDF](http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/RAFAELA_.PDF) Capturado em 21/06/2015.;

PADOVANI, W.F. Os desafios da era do lixo. Veja edição especial sustentabilidade. 12/2011. Disponível em: Capturado em:26/08/2015.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família; Lixo; Saúde Coletiva; Cuidados Preventivos.



# ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL EM PARNAÍBA-PI NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

*Geovania Vieira de Brito*

*Ana Glayrce de Araujo Oliveira*

*Antônia de Maria Rodrigues de Sousa Castro*

*Marta Célia Cunha*

*Vânia Cristina Costa de Vasconcelos Lima Carvalho*

*Maria Socorro Carneiro Linhares*

*Maria Adelane Monteiro da Silva*

**INTRODUÇÃO:** A mortalidade infantil refere-se à morte de crianças menores de um ano. A taxa de mortalidade infantil representa o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em determinado ano (SOUSA; LEITE FILHO, 2008). A mortalidade infantil tem características diferentes quando consideramos o período de vida, pois desmembra-se em taxa de mortalidade neonatal, que estima o risco de óbitos em menores de 28 dias e a taxa de mortalidade pós-neonatal que estima o risco de óbitos entre 28 dias e menores de um ano. A mortalidade neonatal subdivide-se em mortalidade neonatal precoce, em menores de 7 dias, e mortalidade neonatal tardia, entre 7 dias e menores de 28 dias (BITTENCOURT, 2013). A análise da mortalidade infantil por meio desses componentes é fundamental para uma compreensão mais detalhada desse fenômeno, já que as causas que levam ao óbito, nestes dois períodos de vida, são diferentes.

**OBJETIVOS:** Analisar o indicador mortalidade infantil no município de Parnaíba – PI, nos últimos cinco anos, e traçar o perfil desses óbitos.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado em junho de 2015, do tipo levantamento de dados, referente aos últimos 5 anos (2010 a 2014), teve como fonte de dados o sistema de informação sobre mortalidade (SIM) local, que é alimentado com informações da declaração de óbito (DO) de menores de um ano. As variáveis coletadas foram: faixa etária, evitabilidade, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto e escolaridade materna. Ainda foram utilizados dados do SINASC para o cálculo da taxa de mortalidade infantil nos últimos cinco anos, que foi apresentada na forma de série histórica, com vistas a salientar as diferenças identificadas ano a ano, desde 2010 até 2014.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Mortalidade Infantil de Parnaíba mostrou-se mais elevada nos anos de 2010 e 2011. Já em 2012, o setor de neonatologia de um hospital público estadual de referência do município foi ampliado, resultando em uma melhoria assistencial, diminuindo a taxa de mortalidade infantil imediata que era de 20,56%, em 2010, para 9,39%, em 2012. A análise da mortalidade infantil por faixa etária evidenciou que o risco de morte de crianças menores de 07 dias passa a representar, proporcionalmente, a maior parte dos óbitos menores de 1 ano, chegando a 67,2% dessas mortes nos últimos cinco anos. A classificação dos óbitos infantis quanto à evitabilidade nos últimos cinco anos demonstra que 77,25% dos óbitos infantis eram evitáveis. Observou-se que entre as causas evitáveis, predominaram as reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, representando 52,71% de todas as causas evitáveis e que o peso está diretamente relacionado à mortalidade infantil, visto que os registros de quase 60% dos óbitos infantis nos últimos cinco anos tiveram relação direta com o peso ao nascer, extremamente baixo (menor que 1000 g), muito baixo (entre 1000 e 1499 g) e baixo (entre 1500 e 2499 g). Pode-se constatar que a ocorrência de óbitos infantis é quase três vezes maior em bebês prematuros quando comparado a bebês a termo e que, nos últimos cinco anos, não houve registro de ocorrência de óbito em crianças menores de um ano nascidas após o tempo oportuno. O que mais chama atenção no estudo é que, em mais da metade das declarações de óbitos (55,5%), não há declaração da idade gestacional em que as crianças nasceram, fato este que reflete mais uma vez a necessidade de valorização das informações para o correto preenchimento do documento. A maioria dos óbitos infantis foi em crianças nascidas por parto vaginal, entretanto não se pode inferir que a mortalidade infantil esteja influenciada pelo tipo de parto, visto que tal proporção pode ser observada nos nascidos vivos de modo geral. Faz-se necessário consultar também o SINASC no sentido de obter a proporção de ocorrência

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ.

de parto vaginal e cesárea nos últimos cinco anos para que se possa realizar uma comparação entre os dados do SIM e SINASC mediante testes de significância estatística. Observou-se em Parnaíba um elevado índice de mortalidade infantil em filhos de mulheres com ensino médio, ensino superior incompleto e até em nível superior, fato que se contrapõe ao relatado por Bittencourt (2013) que relata o seguinte: altas taxas de mortalidade infantil refletem ausência de saneamento básico e de segurança alimentar e nutricional; baixo grau de instrução materna; deficiência de acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Talvez isso aconteça pelo fato de a maioria das mulheres com maior escolaridade optar por terem os filhos em estabelecimentos particulares do município, que não conta com suporte de UTI Neonatal. Trata-se de um dado intrigante que suscita novos estudos por merecer investigações mais aprofundadas.

**CONCLUSÃO:** Considera-se que a mortalidade infantil vem apresentando um declínio, um dos fatores relacionados poderá ser o funcionamento de uma UTI Neonatal no município desde 2012. A realidade atual ainda reflete a necessidade de novas mudanças, principalmente no que diz respeito ao componente neonatal da mortalidade infantil que, sem dúvida, ainda merece atenção e priorização para que sejam reduzidas as altas taxas de óbitos infantis relacionadas a esse período. Nessa perspectiva, faz-se necessárias intervenções nos diversos níveis de atenção à saúde da gestante e recém-nascido. No entanto, é pertinente que novas análises sejam realizadas acerca do problema, para que seja possível conhecer os dados relativos à investigação do óbito como forma de aprofundar a análise dos determinantes que influenciam a mortalidade infantil no município.

## REFERÊNCIAS:

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013. 268p.;

SOUSA, T.R.V.; LEITE FILHO, P.A.M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.42, n.5, out.2008.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Recém-Nascido; Mortalidade Infantil; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.





# PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM RELAÇÃO AO TRABALHO DO PET-SAÚDE REDE CEGONHA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PARNAÍBA-PI

*Geovania Vieira de Brito*

*Rebeca Barbosa da Rocha*

*Janaina Santos Silva*

*Lucas Maxciel do Nascimento Silva*

*Alessandra Tanuri Magalhães*

**INTRODUÇÃO:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) tem por objetivo repensar a formação do profissional de saúde, tornando-se possível por meio da interação com profissionais das Unidades Básicas de Saúde, em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para a eficiência e a organização do SUS (MORAIS et al. 2012). O PET em Parnaíba se deu pela parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal do Piauí. A imersão dos alunos na Unidade Básica de Saúde (UBS) iniciou no ano de 2014, com atividades de agendamento de consultas, visitas domiciliares e grupos de gestantes e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os alunos foram orientados a constituir vínculo com a comunidade por meio dos ACS. O ACS é elemento fundamental na atenção primária, este possui trabalho complexo e constitui elo entre o serviço e a comunidade, integrando os saberes técnicos dos profissionais aos saberes populares da comunidade (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

**OBJETIVOS:** O presente trabalho teve por objetivo conhecer a percepção dos ACS com relação ao processo de trabalho do PET-Saúde Rede Cegonha em uma UBS de Parnaíba-PI.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido por 3 alunos e 1 preceptor do PET-Saúde Rede Cegonha, no período de 1 mês, com 7 ACS. Foi realizado um roteiro semiestruturado de entrevista com duas perguntas: O que você entende por PET- Saúde Rede Cegonha? e O que você entende por PET- Saúde no seu trabalho? além de perguntas para caracterização do respondente. Foi marcado um dia para realizar a entrevista que foi realizada em uma sala na UBS. As entrevistas duraram em média 3 minutos e foram transcritas na íntegra, analisadas e destas desprendidas frases temáticas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram entrevistados 7 ACS, sendo 5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idade entre 36 e 58 anos. Com relação ao tempo de trabalho no cargo, os mesmos apresentaram de 11 a 16 anos; no que se refere à escolaridade, 2 apresentavam ensino superior, 2 ensino superior incompleto, 2 ensino médio e 1 ensino fundamental incompleto. Como resultado da pesquisa obtido através das entrevistas, uma das dimensões destacadas pelos ACS em suas falas refere-se à organização e mudanças no serviço. Um exemplo disso é a fala de um dos agentes, o qual traz que a organização facilitou os processos de agendamentos de consultas. Segundo ele, “a questão da organização do PET, porque já agendava já as consultas da criança, das gestantes... quando elas vinham pro posto já tavam agendadas”. Tal fala corrobora com ANDRÉ; CIAMPONE (2007), que destacam a necessidade de remodelar os macroprocessos e promover novas habilidades e competências a fim de proporcionar melhorias nos serviços de saúde prestados à comunidade. Outra categoria encontrada refere-se ao aprimoramento dos conhecimentos. A respeito disso, um dos agentes trouxe que a equipe “ficou mais informatizada, pra poder passar uma informação mais segura pro usuário, pros nossos clientes”. Tal resultado evidencia a proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS), que de acordo com CELEDÔNIO et al (2012) propõe a transformação das práticas profissionais, a partir da capacitação dos profissionais, com vista a atender às necessidades da comunidade. Outro elemento que foi abordado pelos ACS diz respeito à adesão das gestantes em realizar o pré-natal e a puericultura na unidade. Como pode ser visto na seguinte fala: “quando começou o PET, o índice de pré-natal aqui era pouquíssimo” (...)“foi um programa de muita valia, que deu certo e que conseguiu resultar no êxito assim de vir para está trazendo a gestante para dentro da unidade, está fazendo acompanhamento, de tá conseguindo com que ela viesse mais cedo para o pré-natal, que é o intuito, né? De ela tá fazendo as consultas direitinho, de estar fazendo os exames que ela não fazia”. Corroborando com o estudo de SOBRINHO et al. (2011) no qual a realização de

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.

atividades de visitas domiciliares e a formação de grupos estreitou o vínculo com a comunidade, estimulando sua autonomia e corresponsabilizando a população pelo seu bem-estar, o que resultou em maior adesão aos serviços oferecidos. Por fim, outro elemento que foi citado relaciona-se a não continuidade do programa, demonstrando certa preocupação, como fica claro neste trecho: “não sei como vai ser o posto se o pet acabar... não sei se nós vamos conseguir dar continuidade como tá sendo”. Em alguns discursos, apesar de quererem que o programa continue, acreditam que sem a nossa presença vão continuar realizando as atividades que construímos em parceria.

**CONCLUSÃO:** Diante do exposto, pode-se concluir que o PET saúde alcançou resultados importantes perante os objetivos propostos. Os resultados gerados, comprovados pelos discursos dos ACS, apontam para uma mudança ocorrida no processo de trabalho dos mesmos, apresentando maior autonomia de suas ações, união da equipe assim como maior segurança na integração de saberes técnicos aos da comunidade. Pode-se perceber também que as ações de agendamento de consultas e os grupos formados proporcionaram maior empoderamento dos ACS e da comunidade, fortalecendo o vínculo com a UBS e melhorando a adesão aos cuidados oferecidos na unidade.

## REFERÊNCIAS:

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 41, p. 835- 840, dez. 2007.;

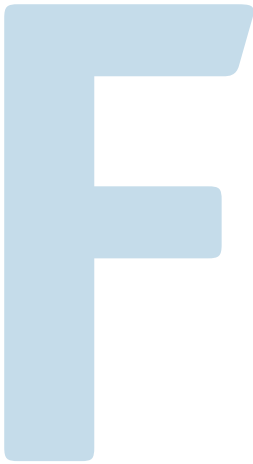
CELEDÔNIO, R. M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. Rev Rene, v.13, n. 5, p. 1100- 1110, 2012.;

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21 n.12, p.899-915, jan. 2011.;

MORAIS, F. R. R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 541- 551, nov. 2012.;

SOBRINHO, T. A. O. et al. Integração acadêmica e multiprofissional no PET- Saúde: Experiências e desafios, Revista da ABENO, Londrina, v.11, n. 1, p. 39-42, jun. 2011.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde.



# FATORES FACILITADORES DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

*João Dutra de Araujo Neto  
Isabella Suanne Ferreira da Silva  
Loise Elena Zanin*

**INTRODUÇÃO:** O trabalho desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sempre foi essencialmente concebido como ações desempenhadas em equipe multiprofissional (PURIN e DELLINGER, 2009). A realidade vivenciada por essa equipe é permeada por variados sentimentos e emoções que podem gerar tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam negativamente a qualidade da assistência prestada aos clientes (LEITE e VILA, 2005). Nessa perspectiva, a compreensão da realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva requer, entre outras coisas, a identificação dos fatores que facilitam a sua atuação, os quais podem contribuir para assegurar a reintegração da equipe multiprofissional promovendo melhoria do relacionamento interpessoal e da qualidade do atendimento.

**OBJETIVOS:** Avaliar a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre os Fatores Facilitadores do Trabalho em Equipe Multiprofissional neste cenário.

**MÉTODOS:** Estudo do tipo avaliativo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa por meio de Entrevista Individual Semiestruturada e análise dos dados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2010), realizado no período de março a maio de 2015. O cenário do estudo foi a UTI Adulto de um hospital terciário no município de Sobral - CE. Como sujeitos, participou 01 representante de cada classe profissional integrante da equipe multiprofissional da UTI, totalizando 09 (nove) sujeitos envolvidos. O presente estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil com subsequente avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE, com liberação do Parecer Aprovado nº 963.030.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi identificada 01 Categoria Temática: “Fatores Facilitadores do Trabalho Multiprofissional”, com 02 Subcategorias. O principal tema relatado e discutido pelos sujeitos entrevistados foram as estratégias facilitadoras da comunicação entre os integrantes da equipe, os quais enfatizaram principalmente a Estratégia para Potencializar a Comunicação. Os integrantes da equipe acreditam que estratégias para melhorar a comunicação na UTI podem fortalecer o vínculo profissional e pessoal da equipe. Assim, estimular a troca de informações e consequentes troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas na UTI pode promover o enriquecimento de cada um deles a partir do compartilhamento de diferentes pontos de vista colaborando com a melhoria da qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, refletindo no tratamento do paciente. Esforços para melhorar a comunicação podem aprimorar o desempenho da equipe multiprofissional, o que implicaria na diminuição de custos, além de ser um indicador de qualidade do atendimento (KIM et al., 2010). Na atualidade, as circunstâncias são bastante favoráveis para que isso ocorra, já que muitos serviços de saúde contam com um conjunto diversificado de profissionais em condição de oferecer atendimento de qualidade, como é o caso da UTI que serviu de cenário para nosso estudo, que conta com os serviços de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, farmácia, serviço social. Os profissionais também chamaram a atenção que, para facilitar o processo de trabalho em equipe multiprofissional, é de extrema importância o respeito entre os membros da equipe, bem como respeito individual e coletivo enquanto equipe multiprofissional. A análise dessa questão nos leva a concluir que a capacidade de relacionamento da equipe deve ser estimulada para que as boas relações possam acontecer, pois um dos maiores estressores enfrentados pelos profissionais é a falta de coleguismo e de compromisso da equipe de saúde. Recomenda-se que os líderes da equipe avaliem as atitudes de cada profissional, busquem o equilíbrio e atuem no sentido de coibir atitudes arrogantes e vaidosas (PINHO, 2006). Aqui destacamos a importância de que exista sempre um diálogo construtivo, que valorize a honestidade e a amizade, e acima de tudo exija respeito mútuo. É preciso também motivar o grupo para a construção de uma equipe unida, harmoniosa

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 2 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN - 3 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN.

e comprometida com a assistência de qualidade, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e da própria equipe (PERES et al., 2011).

**CONCLUSÃO:** Na opinião dos sujeitos envolvidos no processo avaliativo, os fatores facilitadores do trabalho multiprofissional estão inteiramente relacionados com a comunicação e o respeito mútuo entre os profissionais. Esses dois fatores possuem a função de estruturar uma equipe a fim de que se torne excelente, garantindo a qualidade da assistência prestada ao paciente pela eficiência do processo de comunicação.

## REFERÊNCIAS:

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. 70, 2010.;

KIM, M. M.; BARNATO, A.E.; ANGUS, D.C.; FLEISHER, L. A.; KAHN, J. M. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. v.170, n.10, p.369-376, 2010.;

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. v.13, n.2, p.145-150, 2005.;

PERES, R. S.; ANJOS, A. C. Y.; ROCHA, M. A.; GUIMARÃES, A. G. C.; BORGES, G. M.; SOUZA, K. G. et al. O Trabalho em Equipe no Contexto Hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Em Extensão*. v.10, n.1, p.113-120, 2011.;

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*. v.8, n.1, p.68-87, 2006.;

PURI, N.; PURI, V.; DELLINGER, R. P. History of technology in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. v.25, n.1, p.185-200, 2009.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Comunicação Interdisciplinar.



# PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) QUANTO AO TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

*João Dutra de Araujo Neto  
Isabella Suanne Ferreira da Silva  
Loise Elena Zanin*

**INTRODUÇÃO:** O trabalho em equipe é considerado um mecanismo indispensável em contraposição ao intenso processo de especialização e fragmentação das ações geradas pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, o trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sempre foi essencialmente concebido como ações desempenhadas em equipe (PURIN e DELLINGER, 2009). O alto nível de vigilância constante e a alta capacitação técnica da equipe exigida em tais unidades requerem uma grande variedade de profissionais. Nessa perspectiva, a avaliação e compreensão do Trabalho em Equipe Multiprofissional na UTI são de fundamental importância para que se promova a adoção de novas medidas para facilitar os processos de mudanças que se mostrarem necessários (BRASIL, 2010). O presente estudo justificou-se, ainda, pela fragilidade da literatura em relação a estudos enfocando as relações de trabalho entre todas as classes profissionais que atualmente integram uma equipe de UTI, sejam de forma obrigatória ou como apoiadoras.

**OBJETIVOS:** Avaliar a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidades de Terapia Intensiva (UTI) quanto ao Trabalho em Equipe Multiprofissional, buscando compreender a concepção e a importância atribuída ao trabalho em equipe pelos mesmos.

**MÉTODOS:** Estudo do tipo avaliativo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa por meio de Entrevista Individual Semiestruturada e análise dos dados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2010), realizado no período de março a maio de 2015. O cenário do estudo foi a UTI Adulto de um hospital terciário no município de Sobral - Ce. Como sujeitos, participou 01 representante de cada classe profissional integrante da equipe multiprofissional da UTI, totalizando 09 (nove) sujeitos envolvidos. O presente estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil com subsequente Avaliação e Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE, com liberação do Parecer Aprovado nº 963.030.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram identificadas 02 Categorias Temáticas, totalizando 46 Unidades de Registro (UR): a primeira foi "Caracterização do Fazer da Equipe Multiprofissional na UTI", com 24 UR, apresentando 03 Subcategorias, e a segunda foi "O Significado de Equipe Multiprofissional na UTI", apresentando 22 UR, com 02 Subcategorias. O principal tema relatado e discutido pelos sujeitos foi a caracterização do fazer de uma equipe multiprofissional em uma UTI, os quais enfatizaram principalmente as Expectativas da Equipe em Relação ao Trabalho Multiprofissional, por exemplo, que houvesse mais tempo para as abordagens multiprofissionais dos pacientes, bem como a possibilidade de reuniões periódicas com todos da equipe. Os profissionais relataram a possibilidade da implementação do que a literatura chama de "Round" ou "Pit Stop", uma prática crescente nas UTI do mundo todo e que estudos recentes demonstraram melhorias nos desfechos clínicos associados à sua prática, quando a maioria dos eventos adversos poderia ser evitada se houvesse o compartilhamento adequado de informações (McHUGH, 2010). Também foi possível extrair das falas dos profissionais o que os mesmos entendem como sendo o Propósito da Atuação em Equipe Multiprofissional, destacando a atenção à saúde do paciente de forma integral e não fragmentada como o objetivo final do processo. O trabalho em conjunto de especialistas com formações distintas permite integrar, harmonizar e complementar os conhecimentos e habilidades dos integrantes da equipe para cumprir o objetivo proposto (KIM et al., 2010). Ainda sobre o fazer da equipe, os profissionais relataram alguns exemplos, situações, que os mesmos julgaram ser Ações da Equipe Multiprofissional, com destaque para as Visitas Multidisciplinares, objetivando traçar o Plano Terapêutico dos pacientes. Uma equipe bem estruturada representa, em qualquer ambiente organizacional, a forma mais eficiente de concentrar habilidades humanas, tendo em vista a pluralidade funcional de seus membros (GUEUDEVILLE, 2007). A segunda temática identificada faz menção aos sentidos e significados de equipe multiprofissional na UTI. Os sujeitos preocuparam-se principalmente em expor, a

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 2 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN - 3 - HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN.

partir de suas concepções, a Relevância do Trabalho em Equipe Multiprofissional, traduzida pelas manifestações de preocupação e pela importância que atribuem a tal processo de trabalho, questão com o maior número de UR identificadas, com ênfase no objetivo final, a melhoria do paciente com foco na atenção integral e com maior resolutividade da atenção à saúde. Por último, as falas dos sujeitos nos revelam suas concepções categorizadas e codificadas como a Definição do Conceito de Equipe Multiprofissional, principalmente compreendida como a soma de saberes e práticas interligados a um mesmo objetivo, a atuação interdisciplinar. Os profissionais que participam de equipe multiprofissional devem saber trabalhar de forma interdisciplinar, e não apenas multidisciplinar (GUEDEVILLE, 2007).

**CONCLUSÃO:** Na opinião dos sujeitos envolvidos no processo avaliativo, o Trabalho em Equipe Multiprofissional na UTI deve ser compreendido como a soma de saberes e práticas interligados por um objetivo comum (atuação interdisciplinar) e apresenta-se como de fundamental relevância para o cuidado em saúde de forma integral e de qualidade, resultando na ampliação da resolutividade nessa unidade. Tais concepções da temática em estudo se confirmaram pela identificação nas falas dos sujeitos, de grandes expectativas quanto ao trabalho em equipe multiprofissional, principalmente quanto ao fortalecimento do vínculo entre os profissionais que integram a equipe, expondo como propósito primordial do processo a atenção à saúde de forma integral e não fragmentada do paciente, o que, na percepção dos mesmos, deve materializar-se principalmente nas ações compartilhadas entre os profissionais, como nas visitas multi e interdisciplinares, com o objetivo de elaborar o Plano Terapêutico Diário dos pacientes.

## REFERÊNCIAS:

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. 70, 2010.;

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução - RDC Nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 de Fev. 2010.;

GUEDEVILLE, R. M. Avaliação da Comunicação entre a Equipe Multidisciplinar e do Tempo de Permanência na UTI, após a Introdução do Formulário de Objetivos Diários. [Dissertação de Mestrado] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.;

KIM, M. M.; BARNATO, A.E.; ANGUS, D.C.; FLEISHER, L. A.; KAHN, J. M. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. Arch Intern Med. v.170, n.10, p.369-376, 2010.;

MCHUGH, M. D. Daily multidisciplinary team rounds associated with reduced 30-day mortality in medical intensive care unit patients. Evid Based Nurs. v.13, n.3, p.91-92, 2010.;

PURI, N.; PURI, V.; DELLINGER, R. P. History of technology in the intensive care unit. Crit Care Clin. v.25, n.1, p.185-200, 2009.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Comunicação Interdisciplinar.



## DIALOGANDO COM OS CONDUTORES DE TRANSPORTE SANITÁRIO: POTENCIAIS E DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Ana Karina de Sousa Gadelha*

*Emanoel Avelar Muniz*

*Geilson Mendes de Paiva*

*Giovana Grécia Anselmo Viana*

*Cilene Maria Freitas*

*Francisca Lopes de Souza*

*Maria Socorro Araújo Dias*

**INTRODUÇÃO:** O presente trabalho relata a experiência de um grupo focal composto por condutores de transporte sanitário que atuam em um município da região norte do Ceará. O grupo surgiu como resposta à solicitação de capacitação para motoristas, por parte do setor de transportes da prefeitura, com vistas às queixas de gestores de centros de saúde da família, profissionais e usuários, relativas à condução dos transportes, comportamento dos motoristas, manejo de equipamentos, assistência aos usuários, dentre outras. O grupo focal foi planejado e conduzido pelo Grupo de Trabalho de Educação Permanente em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) para o levantamento das necessidades de aprendizagem dos motoristas. É importante ressaltar que para haver mudança na realidade os sujeitos precisam estar implicados com o processo de trabalho e ensino/aprendizagem, bem como com o contexto histórico-cultural, o que Merhy (2005) chama “Pedagogia da Implicação”.

**OBJETIVOS:** O objetivo da intervenção foi levantar as necessidades de aprendizagem dos condutores de transporte sanitário vinculados à prefeitura de um município da região norte do Ceará, bem como proporcionar um espaço de diálogo, problematização e reflexão das práticas, realizando também escuta das dificuldades e desafios para a categoria profissional.

**MÉTODOS:** O estudo de natureza qualitativa trata de um relato de experiência do grupo focal realizado com condutores de transporte sanitário ocorrido no dia 14 de julho de 2015, na EFSFVS. Conforme pactuado em reunião com a coordenação de transportes foram selecionados para participar do grupo oito motoristas de ambulâncias que atuam em localidades diferentes do município e o coordenador do setor de transportes. Como técnica para a obtenção de informações utilizou-se o grupo focal com discussão orientada por roteiro previamente estabelecido e levando em consideração as falas e interação em grupo, apresentando consenso ou divergência em relação ao tema pesquisado (MINAYO, 2007). O roteiro foi composto pelas seguintes perguntas: O que você entende por educação permanente em saúde? Quais assuntos você considera importante para discutir com os motoristas? A mediação do grupo foi feita por três preceptores de educação permanente da EFSFVS.

**RESULTADOS:** O grupo focal teve início com uma rodada de apresentações e contextualização da proposta de levantamento das necessidades de aprendizagem para o coletivo de motoristas que prestam serviço para a Secretaria da Saúde do município. Segundo relato do coordenador do setor de transportes, a prefeitura conta com um contingente de cerca de 160 motoristas, majoritariamente do sexo masculino, que realizam transporte de profissionais e gestores de saúde, transporte de usuários para serviços especializados, transporte de pacientes e acompanhantes para consultas/exames e de pacientes graves das localidades afastadas para a sede do município. Quando lançada a primeira questão norteadora, surgiram compreensões diversas acerca da educação permanente, desde educação enquanto postura diante das relações humanas até momentos de aprendizado através de cursos. Quando indagados sobre quais assuntos consideravam importantes para discutir com os motoristas, surgiram diversas dificuldades no desenvolvimento do trabalho, tais como falta de equipamentos adequados para transportar os pacientes, insegurança no manejo de equipamentos hospitalares e primeiros socorros, higienização dos veículos, assédio moral, vínculos empregatícios fragilizados e estresse, saúde mental e posturas laborais, normas de transporte sanitário, biossegurança, dúvidas relativas às doenças transmissíveis, noções de transporte de pacientes críticos e emergências obstétricas.

1 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS - 2 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS - 3 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS - 4 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS - 5 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS - 6 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS - 7 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA – EFSFVS.

**ANÁLISE CRÍTICA:** O diálogo com os motoristas deflagrou diversas dificuldades relacionadas à atuação. Conforme os relatos, eles lidam cotidianamente com diversas situações além do transporte de pessoas, assumindo por vezes responsabilidade de profissional de saúde. Pini et al (2011) enfatizam a necessidade de qualificação dos motoristas, não para assumirem papel de profissionais de saúde, e sim de condutores de transporte sanitário que saibam lidar com situações diversas no exercício da profissão. Durante o grupo também foram evidenciadas dificuldades relativas à gestão, por exemplo, falta de equipamentos e insumos adequados, fragilidade de vínculos trabalhistas e precárias condições de trabalho. Em estudo realizado acerca do atendimento pré-hospitalar móvel, Silva et al (2009) destacam a existência de problemas estruturais e de planejamento nesse tipo de serviço, sinalizando a necessidade de uma maior valorização por parte das políticas de saúde. No que tange à saúde do trabalhador, os motoristas relataram estar constantemente expostos a riscos físicos e biológicos, além de apresentarem fadiga e estresse cotidianos. Expuseram a necessidade de orientação sobre doenças transmissíveis e higienização do veículo, relativas à postura e suporte de saúde mental. Portanto, é necessário que a gestão municipal fomente estratégias de promoção à saúde do trabalhador e desenvolva estratégias de educação permanente em saúde com os condutores de transporte sanitário, profissionais de saúde e usuários.

**CONCLUSÃO:** O momento realizado foi um potente espaço de apreensão de informações, além de apresentar uma importante dimensão terapêutica. Trouxe à tona as necessidades de aprendizagem dos motoristas e suas dificuldades na atuação, o que forneceu subsídios para a sistematização de estratégias de qualificação para esses trabalhadores. A prefeitura sinalizou o investimento em capacitação para condutores de veículos de emergência exigido pelo Conselho Nacional de Trânsito. Outro encaminhamento foi a construção coletiva de protocolo de transporte para pacientes com a colaboração de motoristas, profissionais e gestores. Ceccim (2005) destaca a importância de atualizações específicas para a apreensão de conhecimentos, porém defende que as práticas pedagógicas ocorrem no espaço de trabalho, de forma reflexiva e coletiva. Assim, momentos de diálogo como o grupo realizado promovem avanços na educação permanente em saúde nos municípios, pois levam em conta as necessidades dos diversos sujeitos envolvidos.

## REFERÊNCIAS:

- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 975-986;
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.;
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.;
- PINI, J. S.; SOARES, D. F. P. P.; OLIVEIRA, M. L. F.; ALEIXO, E. C. S. Condutores de Veículos de Urgência que atuam em prefeituras municipais: características pessoais e qualificação profissional. *Ciência, Cuidado e Saúde (Online)*, v. 10, p. 514-522, 2011.;
- SILVA, G. J.; VIEIRA, L. J. E. S.; PORDEUS, A. M. J.; SOUZA, E. R.; GONÇALVES, M. L. C. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4): 591-603.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Condução de Veículo; Educação Continuada; Saúde do Trabalhador.





# A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO SISTEMA SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL-CEARÁ

*Karina Oliveira de Mesquita*

*Antonia Katiany Nascimento Linhares*

*Lielma Carla Chagas da Silva*

*Emanoel Avelar Muniz*

*Gervânia Bezerra Gomes*

*Maria Socorro de Araújo Dias*

**INTRODUÇÃO:** O sistema de saúde do município de Sobral-Ceará, por ser polo universitário da zona Norte do Estado, adquiriu o *status* de Sistema Saúde Escola (SSE). O SSE opera as vivências de aprendizagem, as quais norteiam a educação permanente dos profissionais e ocorrem em diferentes espaços do sistema, transformando toda a rede de serviços de saúde do município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional e avança na perspectiva de ser um sistema aprendente (SOARES et al., 2008). A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), instituição vinculada à Secretaria de Saúde do município, responde pela coordenação da Educação Permanente dos profissionais do SSE, assim como pelo acompanhamento dos estágios, vivências de extensão ou outras práticas nos cenários do SSE. Em 2011 foi criado o Grupo de Trabalho Integração Ensino-Serviço (GTIES) para realizar a regulação dessas vivências dentro do SSE de Sobral.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência do GT Integração Ensino-Serviço na regulação das vivências práticas no Sistema Saúde Escola de Sobral.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), localizada em Sobral, Ceará, com o GTIES, durante os anos de 2011 a 2015. Utilizou-se como referência para o relato o resgate memorial dos documentos orientadores do planejamento e organização das atividades referentes ao GT. Os dados estão apresentados de forma descritiva.

**RESULTADOS:** O GTIES faz a regulação das vivências práticas no SSE e para isso são feitos semestralmente encontros com as instituições de ensino e com os representantes dos serviços para levantamento da capacidade instalada, avaliação e planejamento das práticas, proporcionando equidade dos estágios entre as instituições e serviços. O GTIES estabeleceu fluxos a serem seguidos para organização das práticas de estágios, visitas técnicas e vivências de extensão. Inicialmente, a Instituição de Ensino deve articular, através do diálogo e negociação com a EFSFVS, as condições formais necessárias à firmação de convênio com a Prefeitura de Sobral, concedente do estágio. Para solicitação dos campos, a instituição envia a solicitação em uma planilha padrão ao GTIES, este analisa a capacidade instalada dos serviços e entra em contato com suas coordenações confirmando a disponibilização de estágio. Posteriormente, quando ocorre a confirmação das vagas e os documentos são entregues, é feito ofício com a escala aos serviços encaminhando os estudantes para início do estágio. Todo esse processo de regulação deve ser avaliado a cada final de semestre a fim de identificar potencialidades e dificuldades, buscando a melhoria das práticas.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Ao passo que as Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Técnico vêm se expandindo, com o município protagonizando a implantação de um modelo de organização e desenvolvimento de processos educativos no campo da formação em saúde, surgiu o desafio de integrar de forma equânime e justa as necessidades dos estudantes, dos trabalhadores da saúde e dos usuários do sistema. E foi a partir dessa necessidade que o Sistema Saúde Escola de Sobral passou a organizar melhor as vivências nos cenários vinculados à Secretaria de Saúde de Sobral com a criação do GTIES. Dessa forma, a EFSFVS, por meio desse GT, atua visando contribuir com o aumento da efetividade das práticas e saberes no campo da saúde pública, reconhecendo a importância do fortalecimento dos processos formativos na área da saúde. Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA.

à saúde individual e coletiva, à qualidade de formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2007). A integração ensino-serviço acontecendo de forma efetiva, com articulação entre os diversos entes envolvidos e com foco central no usuário, e a relação entre o ensino e a produção do cuidado em saúde se tornam bem mais íntimas.

**CONCLUSÃO:** O processo de regulação das vivências nos serviços de saúde do município traz mudanças potencialmente fortalecedoras para a integração ensino-serviço, com ampliação dos espaços de diálogo e sensibilização dos atores envolvidos nesse contexto para sua corresponsabilização com a formação no campo da saúde. Portanto, percebe-se que é necessário o estabelecimento dessa relação estreita entre os diversos entes envolvidos, tendo em vista, principalmente, as necessidades da população assistida por este sistema de saúde. Espera-se ainda que a divulgação de experiências engrandecedoras como esta possa instigar o planejamento e organização de outros sistemas de saúde visando intensificar as relações entre o ensino e os serviços de saúde, diante das perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, de acordo com os novos modos de organização das universidades estimulados atualmente.

## REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R.M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 32, n. 3, p. 356-362, 2007.;

SOARES, C.H.A. et al. Sistema Saúde Escola de Sobral. Sanare, Sobral, v.7, n. 2, 2008.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Ensino; Educação; Docentes; Universidades.

# A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL PARA ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



*Dayse Lôrrane Gonçalves Alves*

*Montezuma Sales Rodrigues*

*Cássio Martins de Souza*

*Eri slêda Maria Soares da Silva*

*Israel Cavalcante Soares*

*Rafaella Dayanny Lacerda Bonfim Soares*

**INTRODUÇÃO:** Os indicadores de saúde são medidas-síntese que avaliam e quantificam o estado de saúde das populações e o desempenho dos serviços de saúde. Dessa forma, os mesmos promovem a identificação das necessidades de saúde prioritárias e, consequentemente, subsidiam os gestores, profissionais e usuários na tomada de decisões e também os auxiliam nos processos compartilhados de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. Além disso, os indicadores geram a divulgação de informações sobre o território e sobre o sistema de saúde e a reflexão sobre os processos de trabalho e a organização dos serviços (RIPSA, 2008). No caso da Saúde Mental, não há ainda, em nível nacional, indicadores pactuados que possam avaliar a situação de saúde nessa área (FURTADO et al., 2013) e os cuidados produzidos pela Rede de Atenção Psicossocial, o que dificulta a qualificação e fortalecimento da mesma.

**OBJETIVOS:** Nesse contexto, este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência de construção de indicadores de saúde mental para a atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelos residentes de saúde da família do município de Crateús-CE, no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

**MÉTODOS:** Os dados para a construção dos indicadores foram retirados do processo de territorialização realizado pelos residentes, dos Sistemas de Informação de Saúde e de um banco de dados feito a partir das informações dos prontuários dos usuários acompanhados pela psicologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Por meio desse processo de coleta de dados e informações, foi possível a escolha das situações de saúde bases para os indicadores, que foram: uso indiscriminado de psicotrópicos, fragilidade das ações de saúde mental na atenção primária, usuários dependentes de álcool e outras drogas, quantidade significativa de usuários com transtornos mentais no território e poucas ações coletivas de saúde desenvolvidas pelo NASF do município. Após isso, pensou-se em estratégias para a construção e monitoramento dos indicadores, as principais foram: busca ativa nos territórios e nos prontuários, acesso a sistemas de informação do município e a construção de instrumentais de registro de dados.

**RESULTADOS:** Os indicadores construídos foram: proporção de pessoas que fazem uso de benzodiazepínicos em relação à população adulta da área, razão de atendimentos realizados em saúde mental pela equipe de saúde da família em relação à população, proporção de usuários dependentes de álcool em relação à população total, proporção de usuários com queixa diagnóstica de comorbidade de transtorno depressivo e de ansiedade em relação ao total de pessoas em acompanhamento psicológico pelo NASF e razão das atividades coletivas desenvolvidas pelo NASF em relação à população total. A partir dos indicadores, também foram construídas propostas de ações para dar conta das necessidades de saúde identificadas, as quais foram: realizar escuta qualificada, atendimentos individuais e compartilhados, visitas domiciliares de núcleo e conjuntas, avaliações e orientações; encontros de Matriciamento em Saúde Mental com a equipe do CAPS; construção de Projetos Terapêuticos Singulares e de Projeto de Saúde no Território; Educação Permanente com os trabalhadores e profissionais das equipes de referência sobre o tema Saúde Mental; fortalecimento dos movimentos comunitários em saúde mental. Além de formar grupos terapêuticos em Saúde Mental nos territórios; realizar acolhimento em Saúde Mental; articular ações conjuntas com o CAPS e demais equipamentos sociais e comunitários; e promover ações de educação em saúde, envolvendo o tema na comunidade, e de promoção da saúde mental.

1 - RESIDENTE DA ÊNFASE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - RIS-ESP/CE - 2 - ARTICULADOR LOCAL/PRECEPTOR DE CAMPO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA RIS-ESP/CE - 3 - RESIDENTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA RIS-ESP/CE - 4 - PRECEPTORA DE CAMPO DE SAÚDE MENTAL DA RIS-ESP/CE - 5 - RESIDENTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA RIS-ESP/CE. - 6 - RESIDENTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA RIS-ESP/CE.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Os indicadores, ao serem calculados, demonstraram que a saúde mental é umas das grandes questões sanitárias do município e que é fragilizada a atenção nesse campo na atenção primária do Município de Crateús-CE. As ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) têm se constituído como uma das principais estratégias de superação do paradigma manicomial e psiquiátrico hegemônico no cuidado às pessoas em situação de sofrimento psíquico, pois a atenção à saúde mental desvincula-se das instituições psiquiátricas e passa a ocorrer nos territórios de moradia, vivências, relações e significações dos usuários. Porém, o que ainda se presencia na Estratégia Saúde da Família são processos de trabalhos enrijecidos e descontextualizados da realidade dos territórios, os quais não estão em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica e que não respondem às necessidades de saúde mental da população.

**CONCLUSÃO:** A realização da referida atividade proporcionou aos residentes uma maior compreensão da situação de saúde e das dinâmicas dos territórios onde atuam, além de permitir a reflexão sobre os seus processos de trabalho e a transformação dos mesmos. Quanto ao fortalecimento das ações de saúde mental na ESF, é necessário que haja mais investimentos em educação permanente para os profissionais com o objetivo de promover a formação de lideranças técnicas e políticas que sejam capazes de realizar os cuidados integrais e territorializados em saúde mental e de fortalecer a luta pela efetivação da Reforma Psiquiátrica. É válido também destacar que essa formação deve ter o intuito de gerar a transformação das práticas culturais limitantes sobre a loucura que ainda perpassam as práticas dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS:

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores Básicos para saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de informações para a Saúde -Ripsa. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.;

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPÉ, T. L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, Jan, 2013.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Indicadores de Saúde; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família.



# PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO PIAUÍ, NO PERÍODO DE 2010 A 2015

*Julianna Lima Queiroz*

*João Paulo da Silva Sampaio*

*Tiago Olímpio dos Santos Lima*

*Layla Martins de Castro Rocha*

*Alanna Karine Ribeiro Alencar Barradas*

*Anderson Thyelson Torres de Vasconcelos*

*Victória Lima Carvalho*

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas que atingem a humanidade (PEDRO; OLIVEIRA, 2013; LANGE et al., 2014). É uma enfermidade infecciosa e transmissível ocasionada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de Koch. Este acomete principalmente os pulmões, sendo a apresentação mais comum e de maior importância para a saúde pública, mas também pode afetar outros órgãos. O principal reservatório dessa doença é o ser humano e a sua transmissão é de forma aérea, ocorrendo através da inalação de aerossóis que contêm bacilos, que são lançados no ar por pessoas com tuberculose ativa ao falar, espirrar e tossir (BRASIL, 2014). A ocorrência da TB pode ser induzida por vários fatores, que incluem o tempo da exposição ao bacilo, estado nutricional e imunológico, idade, doenças intercorrentes e condições socioeconômicas (GOUVEIA et al., 2010).

**OBJETIVOS:** Tendo em vista a importância dessa doença para a saúde pública e os poucos dados epidemiológicos sobre a TB no Piauí, o presente estudo objetivou traçar o perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de tuberculose no estado do Piauí pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2010 a 2015.

**MÉTODOS:** Utilizou-se a plataforma de Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) para coletar os dados de notificação de Tuberculose (TB) no Piauí, durante os anos de 2010 e 2015, e foi feito um estudo retrospectivo e descritivo. Buscou-se informações quantitativas referentes aos casos confirmados de TB, incluídos dados como: número de casos notificados por ano, sexo, faixa etária, forma clínica da doença, métodos diagnósticos utilizados, tipo de entrada, assim como os casos de coinfeção com HIV/AIDS. Os dados obtidos foram inseridos no programa Word 2013 para a elaboração de tabelas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de 2010 a 2015, foram notificados no Piauí 5037 casos de tuberculose (TB), sendo 190 no primeiro semestre de 2015. A raça parda prevaleceu e o maior número de casos foi do sexo masculino, total 3252 casos. Esse achado coincide com os dados de outros estudos. De acordo com Costa et al. (2015), isso se deve ao fato de a população masculina ser mais exposta à doença devido a hábitos comportamentais, por exemplo. Em relação à faixa etária, o predomínio foi de 40 a 59 anos, com um total de 1 735 casos confirmados, seguida pela idade de 20 a 39 anos, com 1 690 casos confirmados. Barbosa e Costa (2013) concluíram que isso acontece possivelmente por estes serem mais expostos aos fatores de risco. Quanto aos casos confirmados por forma, obteve-se o número de casos na forma pulmonar maior em todos os anos analisados, com um total de 3 772 casos. Quando comparados os casos confirmados por ano de diagnóstico e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), observou-se que o número de casos positivos foi 314 e a tuberculose com o vírus HIV, 333 casos, indicando, assim, que a tuberculose é uma importante infecção oportunista que é associada à AIDS. Os números de casos novos predominaram em relação ao tipo de entrada, com 4281 casos confirmados. Resultado semelhante ao observado no estudo feito por Silva et al. (2013), em que o principal modo de entrada também foi de caso novo (89,0%). Provavelmente em virtude da resolução da doença nos primeiros atendimentos (COUTINHO et al., 2012). Os resultados dessa pesquisa mostraram um alto valor de positividade para baciloscopia, 2.498 casos, em relação aos negativos que foi de 1.169 casos. A cultura do escarro foi positiva em 232 casos.

1 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 2 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 3 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 4 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 5 - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – UNINOVAFAPÍ - 6 - ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUÍ - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

**CONCLUSÃO:** A tuberculose no estado do Piauí, no intervalo de 2010 a 2015, manteve o padrão socioeconômico da doença, acometendo principalmente a população do sexo masculino, dos 20 aos 59 anos, raça parda. As características preconizadas pelos diagnósticos e sítios de infecção, como a excelência da baciloscopia, cultura e foco de infecção pulmonar, foram comprovadas, e a tendência de associação de tuberculose como infecção oportunista para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida foi mantida. O principal modo de entrada foi o de casos novos. É de suma importância a adoção de políticas públicas de saúde em relação a esses achados, no que diz respeito à prevalência, ratificando que ainda há um desconhecimento acerca da prevenção e uma vulnerabilidade das classes mais pobres da população à infecção.

## REFERÊNCIAS:

PEDRO, A.S.; OLIVEIRA, R.M.; Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*, n.33, v.4, p.294-301, 2013.;

LANGE, C. Management of patients with multidrug-resistant/extensively drug-resistant tuberculosis in Europe: a TBNET consensus statement. *Eur Respir J*, n. 44, p.23-63, 2014.;

GOUVEIA, G.P.M.; GOUVEIA, S.S.V.; BEZERRA, J.G.F.; OLIVEIRA, J.B.B. Estudo epidemiológico da tuberculose pulmonar no Hospital Penitenciário e Sanatório Professor Otávio Lobo no período de 2001-2006. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.34, n.3, p.602-611, jul./set, 2010.;

COSTA, M.; LACERDA, A.C.; LAGO, H.D.L.; SILVA, A.C.S.; CAMPOS, D.J.; BUENO, S.K. Levantamento epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no município de Ceres-Goiás no período compreendido entre 2001 a 2012. *REFACER-Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres*, v. 1, n. 4, 2015.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose; Perfil Epidemiológico; Piauí.



# CURSO TÉCNICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (CTACS), DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE): VISÃO DO ACS NO MUNICÍPIO DE AQUIRAZ/CE

*Aldenôra Gonçalves Pereira*

*Aline Severo de Assis*

*Annaiza Freitas Lopes de Araújo*

*Camila Mascarenhas Moreira*

*Érica Fontenele Costa Lima*

*Francinete Viana Gomes*

*Roberta Diniz Nogueira Ribeiro*

**INTRODUÇÃO:** O Programa Saúde da Família (PSF), com suas diretrizes e metas, lançado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), passou a exigir do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a aquisição de competências, habilidades e atitudes que lhes permitam desenvolver ações transformadoras, que consideram o contexto sociocultural das famílias e colaborem na busca de melhores condições de vida e de saúde. Ressalta-se que para aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população, o MS investe na política de educação profissional, articulando estratégias para aumentar a escolaridade, a profissionalização e a educação dos trabalhadores. Cientes dessa realidade, os idealizadores e organizadores do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) fazem uso da metodologia de ensino, a problematização, tentando identificar as questões com a comunidade, atuando na interação social do serviço de saúde, parte-se de um estudo com os(as) ACS, investigando as ações no município de Aquiraz-CE.

**OBJETIVOS:** Visa proporcionar aos ACS a profissionalização como garantia da eficiência de gestão em saúde e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade. Os específicos: conhecer as habilidades e conhecimentos essenciais para o exercício do CTACS; apreciar a importância da formação de ACS no CTACS; analisar a contribuição da formação do ACS para a qualidade dos serviços de saúde.

**MÉTODOS:** O estudo, parte de uma metodologia de pesquisa bibliográfica, descritiva e de campo, chega-se à sistematização de uma retrospectiva sobre implantação da Formação dos trabalhadores da saúde, ACS do município de Aquiraz-CE. Para o desenvolvimento do estudo foi determinado como parceiros os ACS cursando o CTACS. Este critério foi pensado a priori para entender o ACS de Aquiraz, ter área delimitada e experiência nas situações que ocorrem na sua vida e carreira. A turma era de vinte ACS, em que foi aplicado um questionário que continha questões voltadas para o ACS com a temática: tempo de atuação, moradia na microárea, quadro completo nas equipes, número de famílias, reuniões, grupos dos programas preconizados pelo MS, capacitações, visitas domiciliares, relação ACS x Equipe, autoavaliação profissional. O estudo baseou-se, ainda, nos manuais elaborados pela ESP, conversas com membros da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação Local dos ACS.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Com a aplicação do questionário e através da sistematização das narrativas escritas na pesquisa descritiva, ressalta-se que os questionados são ACS, integrantes da SMS de Aquiraz. Existem 27 ESF que atuam no município e não existe prontuário eletrônico, mas os pacientes têm cartão do SUS. Na produção, a UBS usa SISAB e considera útil para a demanda por serviços. O SISAB, foi substituído pelo SIAB, *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que armazena e processa as informações da AB usando a ESF (BRASIL, 1998). A Coordenação do município participou no CTACS, na Etapa I, com palestras, ajuda de custo, alimentação e o apoio. Ela retorna com o desempenho do trabalho dos ACS e oferece orientação para a melhoria do desempenho, com palestra, treinamento e reuniões com a equipe. Na questão quanto à formação, comentam que receberam para assumir uma área, mas existe um número considerável que não tinha participado de nenhuma formação. A escolaridade e a formação são compreendidas como ferramentas para o exercício qualificado do atendimento e do cumprimento de suas funções, com o propósito de bem servir a comunidade; destacando que a SMS, ao realizar a seleção, oferece treinamento. Na Organização de Trabalho, as atividades dos ACS, quanto à quantidade de domicílios sob sua responsabilidade, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, verifica acúmulo de atividades, além de sobrecarga de

trabalho, o que compromete o desempenho das funções, a questão do número de domicílios por cada ESF, um número de 1000 famílias em sua área (BRASIL, 2007). Apurou-se que os ACS atendem entre 150 a 200 famílias, ou mais. Não estão incluídos o número de famílias das microáreas descobertas. Portanto, acrescenta-se famílias para cada ACS para que se consiga realizar cobertura total mensal. O quadro de funcionários da ESF está completo e há frequência de reuniões visando às visitas no âmbito familiar, em suas dimensões educativas. Relativo à rotina, a visita domiciliar (VD), evidenciou-se estreita ligação com o bom desempenho do ACS, pois cria vínculos entre os serviços de atendimento e a vida comunitária. As VD são realizadas mensalmente e em alguns casos acontecem duas a três vezes ao mês. A faixa etária dos ACS está entre 28 e 35 anos, 20 e 27 anos, 36 e 40 anos e acima de 41 anos. Nota-se que a maior parte, em número de 18 ACS, tem menos de 2 anos de tempo de serviço no atual emprego e também ACS com mais de 3 anos. O acesso a um grau de escolaridade em nível médio está a cada dia mais real, até porque hoje as instituições estão exigindo formação acadêmica como requisito para assumir cargos e funções. Os entrevistados possuem ensino superior completo e incompleto. Nota-se que, no ensino médio completo, esse grau de escolaridade é o exigido para participar do CTACS.

**CONCLUSÃO:** O estudo aponta proporcionar aos ACS conhecer o processo de construção da identidade de sua categoria profissional no contexto histórico do SUS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As linhas pedagógicas que direcionam as ações dessa prática do ensino estão centradas na Metodologia da Problematização, a qual considera a aprendizagem a partir da realidade dos educandos com a finalidade de apreendê-la e compreendê-la, apoiar o processo de construção do conhecimento e transformá-la. A realidade do educando é percebida como subsídio para propostas, possibilitando interação entre ensino, teoria e prática, buscando soluções de situações, integrando educação, trabalho e comunidade, sob uma perspectiva crítico-reflexiva. Considera-se o ACS um trabalhador da saúde pública, com suas atribuições destinadas ao atendimento em saúde, ligando o saber popular e o científico, mostrando que o trabalho que desenvolve necessita viver e conhecer a comunidade e passar por uma qualificação básica.

## REFERÊNCIAS:

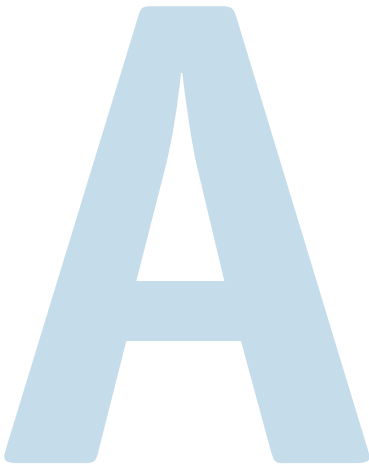
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.;

BRASIL, Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília-DF: 1998. 98 p.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica: manual de implantação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Problema; Agente Comunitário de Saúde; Transformação.





## ABORDAGEM DE UMA FAMÍLIA COM RISCO CLÍNICO-SOCIAL POR MEIO DA FERRAMENTA APGAR FAMILIAR: UM ESTUDO DE CASO

*Rômulo César Afonso Goulart Filho*

*Flavio Araújo Prado*

*Lucilla de Sousa Olimpio de Melo*

*Patrícia Aragão Alves*

*Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto*

*Eliany Nazaré Oliveira*

*Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

**INTRODUÇÃO:** Nas últimas décadas, o conceito de família tem adquirido um âmbito muito mais amplo, novas concepções, tendências com diversidade e pluralidade (DIAS, 2011). É nesse contexto e com a proposta de inovação da assistência da saúde que a família é tida como foco principal da atenção em saúde, com a premissa de abordagem individual de forma global e integrado a seu contexto familiar e social. (BRASIL, 2007). Uma ferramenta utilizada na identificação das relações e função familiar é o 'Family APGAR', questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein, em 1978. Após ser traduzido, adaptado e validado, foi renomeado para 'APGAR de Família' (DUARTE, 2001). É instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família. A partir de um questionário predeterminado, as famílias são classificadas como funcionais e moderadamente/gravemente disfuncionais (BRASIL, 2012).

**OBJETIVOS:** Realizar a abordagem de uma família, considerando os componentes sociais, afetivos e biológicos.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado através de um estudo de caso de aplicação de ferramentas de abordagem familiar, de modo a identificar a funcionalidade da família em estudo. A pesquisa foi desenvolvida no distrito de Jaibaras, no município de Sobral, Ceará. Definiu-se a família, considerando que a mesma apresentava situação de risco e vulnerabilidade, conforme Escala de Coelho e Savassi (2004). A partir da pontuação desta escala, com a soma do escore total, obtivemos a classificação de risco que varia de R1 – risco menor, R2- risco moderado e a R3 – risco máximo, descrito a seguir: escore 5 ou 6 = R1; escore 7 ou 8 = R2; escore maior que 9 = R3. Nessa família foram identificados os seguintes dados da Ficha A: deficiência física, deficiência mental, maior de 70 anos, HAS, relação morador/cômodo maior que 1, resultando assim em um escore de 11 pontos, enquadrando-se no risco máximo (R3).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A família em estudo passa, atualmente, por um processo de readaptação pós-morte de um dos seus membros. Senhor F.J.S., 64 anos, aposentado, com história de etilismo, ciumento, briguento, casado com a senhora M.C.A.S., 60 anos, sexo feminino, aposentada, encontra-se em tratamento de um nódulo/bócio tireoideano, com hipertensão arterial sistêmica (HAS), mãe de F.J.J., 38 anos, deficiente mental, beneficiário assistencial da previdência, agressivo; de M.S.F. 34 anos, sexo feminino e de A.A.S. 36 anos, sexo masculino, recentemente falecido por complicações de AIDS, casado com M. J.F., sexo feminino, 42 anos, portadora de HIV, diagnosticado há doze anos, passiva, conformada, mãe de E.F.A, 14 anos, sexo feminino, escolar e de J.L.F.A, 11 anos, sexo masculino, escolar. Além desses membros, reside também neste domicílio C.B.S., 77 anos, sexo feminino, pensionista, deficiente visual há 37 anos, madrastra de F.J.S. Também é observado o forte vínculo entre a maior parte dos membros da família com o sujeito índice do estudo, M.C.A.S, e uma relação conflituosa desta com um filho, que tem transtorno bipolar, faz uso de medicação controlada e é agressivo. É evidenciada ainda a morte recente de um membro deste grupo, que era soropositivo, o que está abalando fortemente a família e causando uma readequação de papéis no contexto familiar. Para representar o fenômeno da dinâmica familiar, sob a visão do caso índice do estudo, com o uso do questionário do APGAR Familiar, pode-se concluir que é uma família com boa funcionalidade, uma vez que obteve resultado 8. Em relação à Adaptação (A = Adaptation), a Sra. MCAS respondeu que QUASE SEMPRE (dois pontos) está satisfeita com a atenção que lhe é prestada ao procurar a família quando algo lhe preocupa ou incomoda. Na dimensão Companheirismo (P=Partnership), respondeu que "ÀS VEZES" (um ponto) está satisfeita com a forma com que sua família discute as questões de interesse comum e compartilha com ela. No aspecto do Desenvolvimento (G=Growth), refutou que QUASE SEMPRE a família aceita seus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em seu estilo de vida. Na dimensão da afetividade (A=Affection), referiu

que “ÀS VEZES” está satisfeita com a forma com que sua família expressa afeição e reage em relação aos seus sentimentos. Quanto à Capacidade resolutiva (R= Resolve), respondeu que “QUASE SEMPRE” (dois pontos) está contente com o modo que a família compartilha tempo juntos. Essa família é considerada funcional, o que foi destacado durante a roda de conversa, com os relatos de caso, e com a boa convivência entre os membros. Pode-se observar que a maioria das respostas foi quase sempre, o que demonstra a satisfação da genitora em relação ao companheirismo, afetividade, capacidade resolutiva e adaptação. No que se refere à avaliação funcional, pode-se concluir que todos necessitam de cuidados. A matriarca desenvolve seus afazeres domésticos e é auxiliada pela nora.

**CONCLUSÃO:** As ferramentas de avaliação familiar utilizadas no acompanhamento da família favoreceram a criação de vínculo da equipe com a família e possibilitaram uma melhor visualização das relações com a comunidade. Proporcionou, ainda, uma reflexão da postura em relação a forma de atendimento da equipe e de busca de novas abordagens. No entanto, percebemos a escassez de estudos que orientassem a aplicabilidade do questionário da ferramenta em questão, que corroborassem com o processo de trabalho, além da limitação de possibilitar a identificação de outros problemas que possam estar interferindo no contexto familiar. Assim, com essa abordagem, pode-se elencar algumas ações de intervenção: ressocialização do filho com deficiência mental, inserindo-o no atendimento do CAPS; solicitar apoio do NASF para acompanhamento psicológico devido à perda do filho; acompanhar a regulação e marcação da cirurgia para as devidas orientações.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.;

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.;

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. Comissão Política Distrital do Partido Social Democrata, Mangualde, 2011.;

DUARTE YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [these] São Paulo (São Paulo): Universidade de São Paulo -Escola de Enfermagem; p.196, 2001.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina de Família e Comunidade; Estratégia Saúde da Família.



## APOIO MATRICIAL: VIVÊNCIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA E MENTAL DO MUNICÍPIO DE CRATEÚS/CE

*Israel Cavalcante Soares*

*Cássio Martins de Souza*

*Dayse Lôrrane Gonçalves Alves*

*EriSlêda Maria Soares da Silva*

*Nádia Alexandrina Coutinho Lima*

*Rafaella Dayanny Lacerda Bonfim Soares*

*Cristiane Gonçalves Araújo*

**INTRODUÇÃO:** O Sistema Único de Saúde (SUS) adota uma noção ampliada do processo saúde-doença, compreendendo a complexidade de atenção, seja ela básica, média e alta complexidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua como ordenadora da Atenção Básica (AB), sendo a porta de entrada do usuário, organizadora das atividades dentro do território e assistindo de forma longitudinal o indivíduo, família e comunidade (JORGE et al 2014). A partir da territorialização realizada pela equipe multiprofissional de residentes da saúde da família e mental, identificou-se a necessidade de realizar o Apoio Matricial (AM), haja vista que foram identificadas situações que necessitam abordagens multiprofissionais, sendo essa uma ferramenta importante de articulação entre saúde mental por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ESF através das Equipes de Referência e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais (BRASIL, 2011).

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência do matriciamento em saúde mental pelos residentes multiprofissionais da saúde da família e mental.

**MÉTODOS:** O estudo apresenta-se como um relato de experiência através de vivências do AM por uma equipe multiprofissional de residentes da saúde da família e mental composta por assistentes sociais, cirurgião dentista, enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogos e terapeuta ocupacional realizado no período de outubro de 2014 a julho de 2015. As atividades desenvolvidas nesse período foram: reuniões periódicas para a discussão de casos e educação permanente das equipes; atendimentos e visitas compartilhados; elaboração de projetos terapêuticos singulares, planejamentos e ações de intervenções multidisciplinares; avaliação do matriciamento e desenvolvimento de ações intersetoriais com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), defensoria pública, Educação e ONGs.

**RESULTADOS:** Este trabalho gerou como resultado a troca de conhecimentos entre os diversos núcleos de saberes, apontando-se como saída de um processo de trabalho individualizado e/ou fragmentado para uma ação dialogada, interdisciplinar e até mesmo intersetorial. Proporcionou ainda a criação e o fortalecimento de vínculo entre os familiares dos usuários com os profissionais residentes, além de um cuidado integral e humanizado para com eles, repercutindo como estratégia para fortalecimento das ações de saúde mental na atenção primária.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Identificou-se que atividades dessa natureza são um grande desafio na Atenção básica e principalmente relacionadas à Saúde Mental em que se viu que há resistência de profissionais do CAPS e das Equipes de Saúde da Família em participar do matriciamento em saúde mental. Tal resistência corresponde a não priorização da saúde mental no contexto das práticas de saúde dos profissionais das ESF, o que dificulta a execução do apoio matricial e sua implementação como rotina para os profissionais. Observou-se ainda que processo de trabalho está voltado para produtividade e programas do Ministério da Saúde, gerando como consequência o fortalecimento do modelo biomédico e medicamentoso.

**CONCLUSÃO:** Portanto, foi possível verificar que romper com as práticas tradicionais é difícil, mas que a experiência foi exitosa do ponto de vista da integração das equipes e da Clínica Ampliada, já que se viu que é viável cuidar e dar atenção às pessoas com transtornos mentais na Atenção básica, além disso a experiência de contar com vários setores também engradece e dar mais suporte ao cuidado.

### REFERÊNCIAS:

1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ. - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ. - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ. - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ. - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ. - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ. - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – CEARÁ.

— Pós-Graduando e Docente: ORAL

BRASIL, Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora)... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.;

JORGE, M. S. B; VASCONCELOS, M. G. F; NETO, JOSE, P. M. N; GONDIM, L. G. F; SIMÕES, E. C. P. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. Revista Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo, SP, v. 16, n. 2. p. 63-74. Maio/Ago, 2014.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente.



# AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DA COMUNIDADE EM UMA CIDADE DE PEQUENO PORTE DO PIAUÍ

*Mara Dayanne Alves Ribeiro*

*Jefferson Carlos Araújo Silva*

*Maria Dandara Alves Ribeiro*

*Thalita Cristinny Araujo Silva*

*Mariana de Souza Costa*

*Euriene Maria de Araújo Bezerra*

*Gaussianne de Oliveira Campelo*

**INTRODUÇÃO:** De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, o Brasil possuía 28 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com expectativa de vida média de 74,8 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o país seja o sexto em número de idosos em 2025, quando deve chegar a 32 milhões de velhos (OMS, 1998). Com o envelhecimento há um declínio das funções orgânicas e o comprometimento da função muscular é observado. Estes fatores colaboram para o aumento do risco de quedas e por consequência das incapacidades advindas da imobilização (CARVALHO, 2004). No idoso, o comprometimento muscular acarreta alterações de postura e na deambulação, o que envolve a sua independência e locomoção, daí a importância de avaliar e apontar as capacidades funcionais do idoso a fim de direcionar as ações de saúde para esta classe em ascensão.

**OBJETIVOS:** avaliar a capacidade funcional de idosos da comunidade de um município de pequeno porte do Piauí utilizando como parâmetros a mobilidade funcional, o equilíbrio estático e a força muscular.

**MÉTODOS:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, amostra composta por 88 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, apresentando autonomia física e mental, sem alterações cognitivas e neurológicas, vinculados à Unidade Básica de Saúde (UBS) Ulisses de Cocal-PI. Este trabalho recebeu aprovação da comissão de ética do Centro de Ensino Unificado de Teresina (CEUT), sob número de protocolo: 6597/2014. A UBS foi selecionada por meio de sorteio. Os indivíduos eram convidados para a avaliação com o auxílio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os participantes foram caracterizados sócio e demograficamente, a mensuração da mobilidade funcional, equilíbrio estático e força muscular dos membros inferiores foi obtida através dos testes Timed Up and Go (TUG), Teste de Alcance Funcional (TAF) e Teste senta e levanta. Os dados foram analisados descritivamente.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos 163 idosos vinculados à UBS-Ulisses, 95 compareceram para a avaliação, foram excluídos 7 participantes, por conterem deficit cognitivos ou por recusa à participação. Foram avaliadas 88 pessoas com idade média de 68,5 ( $\pm 6,33$ ) anos, em sua maioria do sexo feminino, 57,95% (N=51). Quanto a comorbidades, 14,77% (N=13) possuíam diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e 48,86% (N=43) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Quando questionados sobre atividade física realizada, 61,36% (N=54) dos voluntários afirmaram não praticá-la. Na avaliação do TUG, 96,59% dos voluntários executaram a manobra em um tempo menor que 20 segundos; 63,63% dos indivíduos percorreram uma distância maior que 15 cm no TAF, enquanto 55,68% dos sujeitos obtiveram 1 ponto no teste senta e levanta, ou seja, realizaram o teste em um tempo de 16,70 segundos. Nos dois primeiros testes, os idosos inferiram um baixo risco ao evento queda, no entanto, na avaliação da força muscular, apresentaram um deficit que caracteriza um considerável risco ao evento queda, confirmado com o índice de quedas anteriores que esteve presente em 46,59% (N=41) dos sujeitos, que relataram uma ou mais quedas no último ano.

**DISCUSSÃO:** Os idosos avaliados apresentaram um bom tempo de execução do TUG apontando para uma boa mobilidade funcional, o que envolve bom equilíbrio e agilidade, mesmo havendo declínio destas funções a partir da terceira década de vida, como é apontado na literatura (MEDEIROS, 2013; SANTOS, 2011). Dentre os fatores que agravam o risco de queda, tem-se o equilíbrio estático, determinante para uma boa estabilidade postural, está diretamente relacionado à dependência para as AVD (LOPES et. al, 2009). Durante o TAF, utilizado para avaliar equilíbrio estático, 63,6% (n=56) obtiveram uma excursão do membro

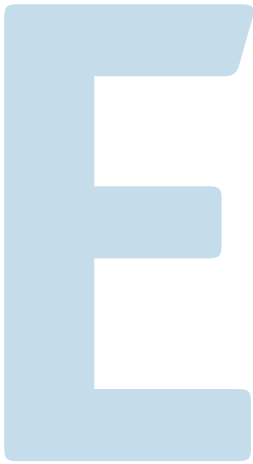
superior direito maior que 15 cm. Tal resultado imprime um bom desempenho na amostra. Neste estudo, a maioria dos sujeitos realizou o teste senta e levanta em um tempo de 16,70 segundos, a força muscular mostrou-se deficiente, o que pode estar relacionado à quantidade de sujeitos que referiram quedas no último ano. A avaliação da força dos membros inferiores em idosos e sua relação com a capacidade funcional é de relevante importância em razão das exigências do corpo aos membros inferiores para a locomoção, equilíbrio e a capacidade de realizar diferentes atividades diárias, laborais ou recreacionais (CARVALHO, 2004). Os resultados positivos encontrados nos testes TUG e TAF foram atribuídos, por meio de observação dos pesquisadores, à existência de grupos diários com atividades voltadas ao idoso ofertadas pela equipe de atenção básica da cidade, apesar de os indivíduos relatarem não praticar atividade física diária.

**CONCLUSÃO:** Dos requisitos cinéticos funcionais propostos pela pesquisa, em dois, mobilidade funcional e equilíbrio estático, os idosos voluntários apresentaram bom desempenho de execução dos testes, inferindo boa mobilidade e equilíbrio estático; porém, no quesito força muscular dos membros inferiores, mensurados pelo teste senta e levanta, a maioria dos idosos inferiu um considerável deficit possivelmente responsável pelas quedas autorrelatadas.

## REFERÊNCIAS:

- IBGE. Censo Demográfico de 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/caracteristicas\\_da\\_populacao\\_tab\\_brasil\\_zip\\_Acesso](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_brasil_zip_Acesso) em 26/08/2015, as 19:00.;
- OMS. Life in the 21st Century: A Vision for All (Relatório Mundial de Saúde). Genebra: Organização Mundial da Saúde. 1998.;
- CARVALHO, J.; SOARES, J. M. C. Envelhecimento e força muscular: breve revisão. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, v. 4, n. 3, p. 79-93, 2004.;
- MEDEIROS, J. M.; PEREIRA, Y. S; MOURA, D. M; et al. Efeitos do envelhecimento sobre o equilíbrio funcional em sujeitos saudáveis. Com Scientia e Saúde. v.12, n.2, p.242-248, 2013;
- LOPES, K. T; COSTA, D. F; SANTOS, L. F; et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. Revista Brasileira Fisioterapia, São Carlos. v.13, n.3, p.223-9, 2009.;
- SANTOS, G. M; SOUZA, A. C. S; VIRTUOSO, J. F. et al. Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. Revista Brasileira de Fisioterapia. v.15, n.2, p. 95-101, 2011.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Equilíbrio; Mobilidade;



# EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

*Cleidiane Vieira Soares Cabral*

*Janaine Cardoso Rocha*

*João Fellipe Ferreira Costa Bento*

*Luzivania da Costa Cabral*

*Mohema Duarte de Oliveira*

*Nadja Milena Cardoso Rocha*

*Ruth Cardoso Rocha*

**INTRODUÇÃO:** No cenário da saúde, reconhece-se a Educação Permanente como estratégia de gestão do Sistema de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido mudanças e avanços que visam à qualidade da assistência prestada. E não se pode desejar um sistema de saúde resolutivo sem uma gestão qualificada. Assim, a educação permanente surge como uma estratégia para orientação das ações gerenciais do sistema de saúde e, por conseguinte, o aperfeiçoamento das atividades assistenciais. Sendo a saúde um direito do cidadão, a gestão do SUS parece, portanto, apontar para a necessidade de qualificação de gestores e de profissionais visando ao exercício de práticas comprometidas com a sua consolidação. Há necessidade de um investimento redobrado na formação de sujeitos qualificados para atuar em diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema, com compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e a defesa do SUS democrático (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

**OBJETIVOS:** Traçou-se como objetivos identificar em bancos de dados nacionais artigos que retratem a educação permanente como estratégia de gestão em saúde, sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre esse tema e também refletir sobre os avanços e desafios da educação permanente na gestão do sistema de saúde.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo revisão sistemática da literatura científica, realizada no período de fevereiro a abril de 2015. O embasamento teórico foi oriundo de pesquisa bibliográfica em fontes secundárias da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual foi escolhida em virtude da concentração de artigos nacionais e internacionais de relevância para a saúde. Incluiu-se, então, artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online), disponíveis gratuitamente na íntegra, no idioma Português, e publicados entre 2000 e 2014. Ademais, utilizaram-se os seguintes descritores: “Educação continuada”, “Gestão em saúde” e “Sistema Único de Saúde”. Foram encontrados 30 trabalhos científicos, porém somente 20 se adequaram aos critérios de seleção.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De posse das informações, discutiu-se sobre a Gestão do Sistema de Saúde e sua relação com o processo de Educação Permanente. Desde a criação do Sistema Único de Saúde em nosso país, é possível evidenciar profundas mudanças no acesso e no atendimento em saúde, mas ainda não é o suficiente. Para que novas mudanças ocorram também são necessárias alterações significativas na formação e no desenvolvimento dos profissionais dessa área, pois um dos pilares que sustentam o SUS é a formação dos profissionais que trabalham no sistema (FIGUEREDO et al, 2014). Todas essas mudanças conceituais ocorridas no âmbito da formação dos trabalhadores dos recursos humanos em saúde apontam para a necessidade de um arcabouço teórico-conceitual para a gestão da educação na saúde capaz de dar conta dos desafios representados pela gestão do SUS (MACEDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014). Analisando o enfoque e a discussão dos autores, observa-se que a gestão da saúde necessita reconhecer a urgente demanda de serviços que requerem mudanças significativas na maneira de executá-los. Grande parte desses serviços depende dos seus gestores desenvolverem competências gerenciais, como a sensibilidade de identificar quando a assistência prestada não alcança resultados esperados e também perceber os prejuízos advindos dessa assistência mal planejada. A partir dessa percepção, esses gestores irão investir no desenvolvimento de uma gerência e assistência qualificada e integrada. Sabe-se, portanto, que o pressuposto para uma nova gestão das práticas de saúde está intrinsecamente relacionado com os modos como se organiza o processo de trabalho nos serviços de saúde, contribuindo, assim,

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ-UESPI - 3 - HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES-HRTN - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 5 - FIOCRUZ - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ-UESPI - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI.

para a melhoria da qualidade da atenção à saúde do usuário. Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais com o objetivo de redefinir seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Ainda com embasamento nos achados, a educação permanente tem se tornado um parâmetro relevante na identificação de serviços de saúde que adotam estratégias coerentes com sua realidade local e também no despertar do senso crítico de seus colaboradores sobre suas próprias práticas gerenciais e assistenciais. Assim sendo, a realização das atividades em conformidade com o contexto de vida das pessoas, do lugar e da cultura gera uma assistência mais eficiente. Portanto, esse percurso educativo da saúde tem se tornado fundamental para uma gestão competente.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que a discussão sobre a gestão do Sistema Único de Saúde implica o conhecimento sobre a proposta de educação permanente nos setores da saúde, progredindo no sentido de atividades gerenciais compatíveis com o sistema de saúde vigente. O processo decisório de implantar a educação permanente em saúde parte do pressuposto de buscar identificar se esta política está em funcionamento nos serviços de saúde ou se ainda não houve esforços no sentido de estabelecer ações voltadas para a educação na saúde. Por fim, evidencia-se a importância do avanço em estudos que identifiquem fundamentos na gestão da saúde como um caminho que pode aproximar a teoria da prática, ou seja, as práticas de saúde devem ser condizentes com o que se fala, com o que está no papel. A Educação Permanente em Saúde tem-se revelado como estratégia de gestão participativa para o desenvolvimento de colaboradores que atuam no nosso Sistema de Saúde, avançando na gestão e prática assistencial qualificada.

## REFERÊNCIAS:

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otilia Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e sociedade*, vol.20, n.4, pp. 884-899, 2011.;

FIGUEREDO, Rogério Carvalho de; et al. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica do ITPAC*, v.7, n.4, pub.8, 2014.;

MACEDO, Neuza Buarque de; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; MEDEIROS, Kátia Rejane de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, educação e saúde*, vol.12, n.2, pp. 379-401, 2014.;

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, supl., p. 1.819-1.829, 2007.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Continuada; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.



# A

## A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Jacques Antonio Cavalcante Maciel*

*Igor Iuco Castro da Silva*

*Mariana Ramalho de Farias*

*Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

**INTRODUÇÃO:** A inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) propiciou ao cirurgião-dentista uma interação com a saúde equânime, universal e integral. Antes dessa inclusão, a atuação odontológica baseava-se em uma lógica privatista, com traços marcantes de uma prática essencialmente curativista e biologicista, restrita ao consultório odontológico. Nessa nova proposta, a atuação profissional haveria de ser adequada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo foi contemporâneo à implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em que o ambiente de trabalho se constituía como espaço de processo de ensino-aprendizagem com vistas à reorientação dos modelos tecnoassistenciais. Após uma década em vigor, observa-se uma necessidade de entendimento de como a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode se constituir como uma ferramenta efetiva na reorientação do processo de trabalho em saúde bucal na ESF, identificando os avanços e desafios.

**OBJETIVOS:** Identificar as evidências científicas da literatura acerca das ações de EPS para os cirurgiões-dentistas da ESF.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa, considerada estratégia relevante para investigação ampla e crítica da produção científica sobre qualquer fenômeno. As etapas do estudo partiram da pergunta de pesquisa: “O que a literatura científica tem divulgado sobre as ações de EPS para cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal na ESF?”. Foi realizada uma busca de evidências científicas dos últimos dez anos no portal de pesquisas da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no periódico SANARE e nos Programas de Pós-Graduação *latu* e *strictu* sensu existentes na cidade de Sobral/CE. Foram utilizados descritores e palavras-chaves, sendo esses: educação permanente; educação continuada; odontólogos e saúde bucal. As pesquisas adequadas para amostra deveriam tratar de ações de EPS para cirurgiões-dentistas da ESF, assim como estudos que objetivassem conhecer as concepções que estes profissionais obtinham de EPS.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No total das buscas realizadas utilizando as estratégias estabelecidas dentro do tempo de publicação e incluindo as buscas na literatura científica local, foram recuperadas 316 publicações do portal de pesquisas da BVS, 5 publicações do periódico SANARE, 1 dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC) e 3 dissertações do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Esse resultado foi submetido a uma análise de critérios metodologicamente preestabelecidos que resultou uma amostra de 6 estudos. A amostra final foi elencada em um quadro sintético que apresenta as principais informações referentes aos estudos, além de evidenciar as lacunas da relação entre a EPS e o cirurgião-dentista, considerando os pressupostos da PNEPS. Foi realizado um mapeamento e organização por ano de publicação e por base de dados, periódico ou programa de pós-graduação, assim como um agrupamento dos trabalhos conforme objeto principal de estudo. Pode-se perceber que nessa amostra apenas um estudo avaliou a percepção do cirurgião-dentista quanto à EPS, outro realizou uma descrição da EPS em nível municipal, em que a saúde bucal era incluída como parte da proposta e os demais contemplaram estratégias de capacitação com vistas à melhoria do trabalho do cirurgião-dentista na ESF, caracterizando estratégias pontuais e isoladas de outras categorias profissionais. A análise das produções coletadas nos bancos da BVS e a literatura científica local permitiram constatar que há uma escassez de estudos que se destinem a ações de EPS enquanto prática incorporada no serviço com a colaboração interprofissional. Há uma necessidade de entendimento do sentido dessa política no processo de trabalho, assim como suas contribuições, potencialidades e fragilidades, havendo uma prevalência nesses estudos mais de ações pontuais de capacitações relacionadas à temáticas diversas. Constatou-se, assim,

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAU - UVA.

uma insuficiência de estudos analíticos sobre a EPS para os profissionais da saúde bucal visando adequá-los ao trabalho na ESF, bem como evidenciou-se o quão inespecífica é a produção científica para esse objeto de estudo. A EPS, ao passo que tenta articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial com os múltiplos determinantes que perpassam o cuidado à saúde da população, possibilita, através da interdisciplinaridade, múltiplas formas de perceber e intervir nos problemas de saúde, bem como ressignificar o fazer profissional.

**CONCLUSÃO:** Há uma carência de estudos que analisem como objeto central a educação permanente em saúde articulada ao processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF, na perspectiva da análise da interdisciplinaridade do cuidado e da colaboração interprofissional. A produção científica relacionada à PNEPS no Brasil encontra-se em um período cronológico de ascensão, porém fragilizada por ações educativas fragmentadas e fundamentadas apenas em metodologias transmissivas, muitas vezes pela ausência de conhecimento ou de diferentes concepções de EPS por profissionais e gestores. Ainda existe a necessidade de conhecer o que se entende por educação permanente por estes profissionais, já que muitas vezes a falta de um conhecimento claro entre os conceitos de Educação Permanente e Educação Continuada acaba por dificultar os princípios da política dentro do modelo de atenção proposto pela ESF, assim como uma maior integração entre a ESB e ESF no cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.;

LIMA, V. V.; FEUERWERKER, L. C. M.; PADILHA, R. Q.; GOMES, R.; HORTALE, V. A. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n.1, p. 279-288, 2015.;

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C.M; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, v. 2, n. 2, may./agost., 2006. p. 147-160.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Continuada; Saúde Bucal; Odontólogos; Estratégia Saúde da Família.



## SALA DE ESPERA, INTERVENÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE

*Luiza Marly Freitas de Carvalho*

*Regina da Silva Santos*

**INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos tem aumentado de forma acelerada o número de portadores de doenças crônicas associadas à conduta alimentar inadequada como Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, Obesidade e Câncer, entre outras. Demonstrando ser urgente a tomada de medidas que visem à redução desse quadro epidemiológico, as intervenções em Nutrição surgem como alternativas eficazes no controle dessas patologias.

**OBJETIVOS:** Realizar atividades de educação nutricional para a população assistida na clínica escola e funcionários de uma instituição de ensino superior visando à prevenção e ao tratamento de doenças crônicas associadas ao comportamento alimentar inadequado.

**MÉTODOS:** O referido estudo é um recorte de um projeto de extensão, este é do tipo transversal, de intervenção e descritivo. Local de execução foi o Serviço Escola Integrado de Saúde Carolina F. Lira da Faculdade Santo Agostinho e a população foi constituída por pacientes e funcionários da instituição. O modelo educativo foi composto por sessões educativas realizadas em encontros semanais na sala de espera do serviço de saúde. Estas foram desenvolvidas da seguinte forma: sessão composta por palestra com duração de 30 minutos e roda de conversas (30 minutos) com os pacientes e funcionários da instituição, com temas de saúde e nutrição, em dias alternados. Foi realizado o planejamento das estratégias de ensino e produção de materiais educativos (cartazes, álbum seriado, *folders* etc.). A equipe do projeto foi composta por 8 acadêmicas e 2 professores orientadores.

**RESULTADOS:** Por meio das atividades propostas foi possível vivenciar momentos de construções relevantes do conhecimento e de troca de experiências. Em relação aos participantes das atividades desenvolvidas, estes receberam orientações indispensáveis para a manutenção da saúde e orientação sobre a conduta alimentar correta enquanto esperavam por atendimento clínico e/ou encontravam-se no ambiente do trabalho.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Observou-se que as realizações de intervenções educativas realizadas produziram resultados significativos na aquisição de conhecimentos relacionados à saúde. No entanto, para que se produza tais resultados, é necessário que todos os participantes do estudo (usuários, funcionários, acadêmicos e professores) colaborem de forma efetiva. Outro fator a ser considerado está relacionado ao planejamento das ações educativas, para que estas produzam resultados positivos e estimulem a participação de todos os envolvidos no processo educativo. A realização do referido projeto possibilitou aos agentes envolvidos o conhecimento a partir da vivência prática, conscientizando sobre a importância do exercício profissional ético e comprometido com a saúde da população. Outro resultado positivo está relacionado à compreensão da Educação Nutricional nas intervenções para a promoção da saúde, em que esta se apresenta como uma ferramenta indispensável no tratamento clínico e na prevenção de agravos, a partir do acompanhamento e do fornecimento de orientações indispensáveis para a manutenção da saúde e do conhecimento sobre a conduta alimentar adequada às patologias. Por meio das atividades desenvolvidas foi possível vivenciar momentos de construções relevantes em relação à aquisição do conhecimento e à troca de experiências, demonstrando, assim, que a educação em saúde é possível e produz resultados positivos na promoção da saúde e da qualidade de vida.

**CONCLUSÃO:** A realização do projeto de extensão permitiu aos usuários do serviço em saúde e aos funcionários da instituição o atendimento nutricional adequado, favorecendo a aquisição e troca de conhecimentos e experiências e contribuindo de forma significativa para que os agentes responsáveis pela ação educativa compreendessem a importância da Educação Nutricional nas

intervenções para a promoção da saúde, além de favorecer o conhecimento das atividades desenvolvidas na prática clínica. Outro fator positivo refere-se à otimização do tempo de espera no atendimento clínico e à utilização do ambiente de trabalho para a obtenção de conhecimento de práticas alimentares saudáveis e de condutas que favorecem a saúde.

## REFERÊNCIAS:

ALVES, F. S.; ALBEIRO, K. A. Formação e desenvolvimento de hábitos alimentares em crianças pela educação nutricional. *Rev. Nutrição em Pauta*, São Paulo, v. 15, n. 82, jan./fev. 2007.;

CARVALHO, L. M. F.; SANTOS, M.M.; SILVA, J.M.N. Conhecimentos e preferências alimentares de escolares submetidos a um programa de educação nutricional. *Rev. Simbio-Logias*, V.6, n.9, Dez/2013.;

CARVALHO, A.P.; OLIVEIRA, V.B.; SANTOS, L.C. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, MG. *Rev. Pediatria*, São Paulo, SP, v. 32, n. 1, p. 20-27, 2010. ;

MARTINS, D.; WALDER, B.S.M; RUBIATTI, A.M.M. Educação Nutricional: atuando na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças em idade escolar. *Revista SimbioLogias*, 2010, 3(4):86-102.;

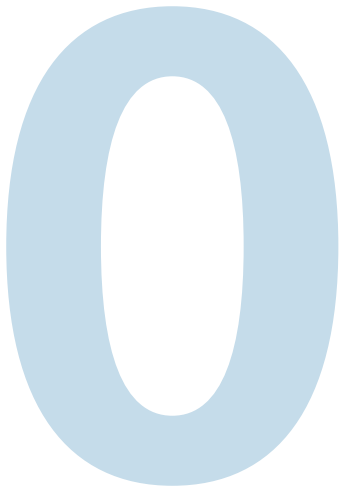
SILVA, S.C.S. Nutricionista: profissional do futuro. *O mundo da saúde*. São Paulo, v.23, n.6, p.384-390, nov./ dez. 2007;

VIANNA, A. P. S. A análise da multimídia como ferramenta auxiliar ao processo cognitivo promovido através da educação nutricional em obesos. Tese de mestrado – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Educação Nutricional; Intervenção Educativa.

# O SUJEITO AUTISTA NA REDE SUS: (IM) POSSIBILIDADE DE CUIDADO

*Lucas Silveira da Silva  
Luis Achilles Rodrigues Furtado*



**INTRODUÇÃO:** Atualmente denominado Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (APA, 2012), o autismo acompanha os primórdios da Psiquiatria desde a virada do século XVIII para o XIX. No contexto de então, o tratamento moral de Pinel passou a ser questionado quanto a sua efetividade com esses pacientes, apostando-se no método clínico-pedagógico, este desenvolvido pelo célebre médico francês Jean Itard. Sancionada no Brasil a Lei 12.764/2012 que institui a Política Nacional de Proteção da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a referida legislação passou a tomar, para fins de lei, o autista como pessoa com deficiência. Essa realidade dá margem a várias discussões, dentre elas a que nos interessa é a configuração/organização da Rede SUS no tangente à atenção/cuidados aos pacientes autistas e que desdobramentos essa vinculação do autismo com a deficiência intelectual traz para a saúde pública.

**OBJETIVOS:** O presente artigo objetiva apresentar uma Revisão Narrativa, embasada na teoria psicanalítica, sobre os documentos normativos lançados pelo Ministério da Saúde para tratamento, intervenção e acompanhamento de pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) na Rede SUS.

**MÉTODOS:** O presente estudo caracteriza-se como uma Revisão Narrativa, que consiste na apresentação de informações relevantes sobre a temática em questão, procurando superar lacunas e levantar discussões pertinentes. A busca dos dados foi realizada na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde com o descritor “Transtorno do Espectro do Autismo”, pesquisa que obteve os seguintes documentos: Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS; Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do Autismo (TEA) e Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Lançou-se mão da leitura dos documentos lançados pelo Ministério da Saúde em torno dos TEA e os respectivos papéis dos dispositivos da Rede perante o cuidado e acompanhamento dos sujeitos em questão, traçando uma reflexão teórica a partir de autores psicanalíticos que abordam o tema autismo na sua interface com a saúde pública.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Em consonância ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Linha de cuidado objetiva uma série de medidas e recomendações para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como apresenta uma ampla discussão em torno dos TEA e sua inserção, acolhimento na rede SUS, aspectos teóricos e nosológicos levantados por estudos atuais, destacando-se os das áreas da genética, ciência cognitivo-comportamental, dentre outras. Dentro dessa discussão, percebe-se uma forte tendência “científica” e nos arriscamos a afirmar “política” que tomam o processo de adoecimento exclusivamente a partir do “modelo exógeno”, em que as problemáticas são provenientes do exterior e as únicas responsáveis pelo processo patológico, pois há sempre um agente externo causador da doença, tomado como inimigo. Essa é a receita na qual os interesses dominantes se sustentam, tornando os sujeitos extremamente subordinados a uma lógica que o excluiu do processo, uma espécie de forclusão da dimensão da subjetividade no mundo contemporâneo. Destacamos a (im)possibilidade e/ou incompatibilidade da linha de cuidado no referente à integralidade, visto que as tendências científicas atuais adotadas e apresentadas na Linha de Cuidado para a compreensão e intervenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto aos casos de autismo, embora haja a psicanálise como campo teórico citado timidamente, há a redução do sujeito autista à categoria de deficiência e transtorno mental, transitando o mesmo entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de

Cuidados à Pessoa com Deficiência. As Tecnologias do cuidado trazem essa dimensão da falta de consenso em torno do autismo, direcionando que não deve haver privilégio entre uma abordagem e outra, entretanto há claras evidências da priorização pelas abordagens “objetivas”, uma vez que as mesmas possuem evidências científicas. Dentre as abordagens podemos citar: Tratamento clínico de base psicanalítica; Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis); Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA); Integração Sensorial, Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH); dentre outras. A leitura dos documentos ministeriais nos remete à discussão acerca da historicidade da saúde mental no Brasil, bem como ao processo de Reforma Psiquiátrica, pois apesar dos avanços da letra no tangente aos direitos dos usuários dos serviços ligados à RAPS, podemos localizar pontos de divergências e convergências de saberes e técnicas priorizadas em cada ponto dessa rede. Para isso, vamos nos situar na primeira contradição constatada no referente ao autismo: transição entre deficiência e transtorno do desenvolvimento. **CONCLUSÃO:** A ciência moderna e os seus condicionantes históricos, sociais e políticos possuem um reflexo direto na política de saúde. Esse aspecto é incontestável, pois vemos avanços significativos com a incorporação de tecnologias no cuidado, diagnóstico e reabilitação dos sujeitos adoecidos ou em processo de adoecimento. Entretanto, não se pode encarar essa dinâmica apenas em seu aspecto progressista, pois assim como avançamos, retrocedemos ao tirar de cena o sujeito que está em um processo contínuo de exclusão em virtude dos imperativos da evolução científica, tornando-o a variável interveniente que deve ser controlada. Ampliar as possibilidades de inserção do autista no laço social, produzir autonomia, levar em consideração a singularidade e garantir direitos é uma questão complexa e que se faz necessária na Rede SUS, entretanto, restringirmo-nos às práticas e abordagens que limitam a participação do sujeito, engessam o processo de cuidado e inviabilizam a construção de uma rede viva.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC-123. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2014.;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2013. Versão preliminar. 75 p.;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.;

FURTADO, LuisAchilles Rodrigues. Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2013.;

JERUSALINSKY, Alfredo. Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. Psicologia Argumento, Curitiba, v. 28, n. 61, p. 121-125, abr./jun. 2010.;

PARDO, Héctor González; ALVAREZ, Marino Pérez. La invención de trastornos mentales, escuchando al fármaco o al paciente? 1 ed. Madrid: Alianza Editorial, 2007.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno Autístico; Integralidade em Saúde; Deficiência Intelectual.



# A EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO GENOGRAMA E DO ECOMAPA NA ABORDAGEM FAMILIAR, EM UMA FAMÍLIA DE RISCO E VULNERABILIDADE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

*Adriana Ferreira de Menezes*

*Cristiano José da Silva*

*Bruno Oliveira de Oliveira Aguiar Santos*

*Gemima de Paiva Rêgo*

*Maria Luiza Rocha Barreto de Carvalho*

*Risolinda Rodolfo de Sá Batista*

*Fabiane do Amaral Gubert*

**INTRODUÇÃO:** A atenção integral à família é uma abordagem que valoriza os sujeitos e o ambiente em que vivem, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família- ESF devem lançar mão deste tipo de abordagem na busca por atender aos princípios preconizados para a atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL,2011). Para a abordagem familiar (AF), podem ser utilizados instrumentos, por exemplo, o genograma e o ecomapa, que são mecanismos de informação sobre núcleos familiares, contendo os padrões de relacionamentos, conflitos, doenças, estruturas de núcleos, moradias, condições ambientais e financeiras, sendo uma prática que estabelece certa intimidade com as famílias e, quando realizada de forma adequada, contribui estrategicamente na aquisição dos dados e informações sobre as famílias assistidas (DITTERICH,et. al,2009).

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência da aplicação de ferramentas de abordagem familiar (Genograma e Ecomapa) durante a Prática na Comunidade do Módulo de Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Saúde da Família/ Universidade Federal de Ceará, 2014.

**MÉTODOS:** A família em estudo foi escolhida através dos critérios de risco e vulnerabilidade da escala de SAVASSI, pertence à área de abrangência da Unidade de Saúde Maria de Lourdes Jereissati, bairro Jardim das Oliveiras, SER VI, Fortaleza-CE. As ferramentas de abordagem utilizadas foram: Genograma e Ecomapa. O genograma é um instrumento padronizado, com o uso de símbolos e códigos que permitem prover uma visualização qualificada e proporcionar o acompanhamento da história familiar e os relacionamentos entre seus membros (WENDT e CREPALDI, 2008). O Ecomapa é uma espécie de diagrama que representa a relação entre as famílias e a comunidade em que elas vivem, visualizando também as redes de apoio disponíveis para a sua utilização quando necessitarem (MELO, et al,2009). Os dados foram coletados através da Ficha A e da abordagem familiar durante a visita domiciliar, utilizando-se a observação e entrevista, assim como também do relato do Agente Comunitário de Saúde.

**RESULTADOS:** No Genograma dessa família, observou-se que a pessoa entrevistada (Luzinete, 33 anos) é a segunda filha do casal José (62 anos, já falecido) e Antonia (55 anos, ainda viva) e possui 2 irmãos: Carlos (35 anos) e Sandra (31 anos). Luzinete é mãe de 6 filhos, todos são de menor e moram com ela, 2 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, sendo que a mais velha (Vitória,14 anos) tem deficiência múltipla. Cada filho tem um pai diferente, fruto de relações casuais e/ou instáveis que ela teve com os pais dos mesmos e 2 desses pais foram assassinados. No Ecomapa, percebeu-se que essa família tem ligações frágeis com a igreja, familiares, vizinhos, com recreação/lazer e com atenção especializada, sendo que existe uma direção do fluxo da atenção especializada em relação a Vitória, que possui deficiência múltipla, isso condiz com o que observamos na dinâmica familiar, que a mãe não leva a filha para o tratamento porque não tem com quem deixar os outros filhos. Em relação à escola, assistência social, unidade de saúde, benefício para deficiente, essas ligações são fortes. Os 4 filhos com idade escolar estão na escola e recebem bolsa escola e benefício da filha deficiente. A mãe não trabalha e todos vivem dos benefícios recebidos. Apesar de existir o conselho tutelar nessa área, não existe conexão, embora essa família viva em condições de pobreza e uma suspeita que a mãe incentiva a filha Vanessa (12 anos) a se prostituir para conseguir algum dinheiro para ajudar nas despesas em casa.

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC.

**ANÁLISE CRÍTICA:** A construção e a associação do genograma e do ecomapa da família permitiram à equipe de saúde ampliar seus conhecimentos sobre a família e seus membros, como também contribuiu para que a equipe pudesse identificar os apoios e suportes existentes e sua utilização pela família e assim apontar os recursos disponíveis no enfrentamento dos problemas. Entretanto, através dessa atividade, percebe-se que o conhecimento e aplicabilidade desses instrumentos, muitas vezes, são restritos ou inexistentes por falta de apoio político e técnico às equipes, fazendo com que os mesmos não sejam utilizados por esses profissionais, dificultando bastante o trabalho cotidiano das equipes em identificar as necessidades dos núcleos familiares sob sua responsabilidade e o planejamento das ações em saúde de forma sistemática. Durante a aplicação dessas ferramentas, vimos a possibilidade de desenvolver um espaço para se estabelecer uma relação recíproca com os membros da família, a partir da valorização de suas contribuições para a elaboração destes instrumentos, favorecendo a comunicação e a interação e, assim, a confiabilidade das informações que estavam sendo coletadas. Dentre estas informações, destacam-se as informações sobre os padrões de doenças na família, os contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais e as relações entre a família e a comunidade.

**CONCLUSÃO:** Acredita-se que o conhecimento sobre as famílias ajudará aos profissionais de saúde no melhor desenvolvimento das suas funções e para qualificar o atendimento da população atendida. Assim, a aplicação das ferramentas de AF proporcionou um maior conhecimento sobre a família do estudo, permitindo o levantamento de dados e informações importantes para o planejamento dos cuidados a serem prestados a mesma, além de contribuir para a aproximação dos profissionais com estas ferramentas, favorecendo a sua utilização no cotidiano das práticas de saúde, como mecanismo de otimização das ações e maior resolutividade das necessidades de saúde das famílias sob sua responsabilidade.

## REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 24 abril 2015]. Disponível em: [http://sna.saúde.gov.br/legislação/index2.cfm.](http://sna.saúde.gov.br/legislação/index2.cfm;);

Wendt NC, Crepaldi MA. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicol Reflex Crit* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 01 maio 2015]; 21(2):302-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf.](http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf);

Ditterich RG, Gabardo MCL, Moyses SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, Paraná. *Saúde Soc* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 29 abril 2015]; 18(3): 515-24. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL2\\_CAP2.pdf.](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf);

Mello DF, Vieira CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 01 maio 2015]; 15(1): 79-89. Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf.](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf)

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família; Abordagem Familiar; Genograma.



# EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES: O QUE ELES QUEREM OUVIR?

*Dalva Muniz Pereira*

*Cecilia Regina Galdino Soares*

*Doralice Limeira da Silva*

*Vanessa da Silva Alves*

*Jose Wybson Colaço Nunes*

*Elcio Basilio Pereria Machado*

*Vanessa Xavier Silva Sousa Gomes*



**INTRODUÇÃO:** A promoção da saúde integral dos adolescentes tem sido motivo de um olhar mais detalhado pelas instituições de educação, uma vez que uma boa condição de saúde favorece o ensino-aprendizagem (BRASIL, 2010). O desempenho escolar está diretamente ligado a ter uma boa saúde, e as condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis não dependem unicamente do indivíduo receber tratamento, e sim de ter informações necessárias que possam promover uma boa qualidade de vida. Dessa forma, o Projeto EPA- Educação Permanente em Saúde para Adolescentes, desenvolvido pelo Núcleo de Assistência ao Educando -NAE/Núcleo de Qualidade de Vida-NQV do IFMA Campus Caxias, prioriza ações de saúde através da adoção de práticas educativas de caráter dialógico com ativa participação dos adolescentes, fazendo com que eles se sintam sujeitos, corresponsáveis por sua saúde, ampliando seus recursos de autoproteção.

**OBJETIVOS:** Propiciar um espaço democrático onde a fala e a escuta são os principais instrumentos de participação; desenvolver ações básicas para promoção da saúde biopsicossocial; ampliar a capacidade comunicativa; favorecer a participação juvenil.

**MÉTODOS:** Os sujeitos do estudo foram adolescentes regularmente matriculados, que demonstraram interesse em participar voluntariamente do projeto. Por questões éticas, foi solicitado aos adolescentes que assinassem o termo de assentimento e, para os menores de 18 anos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais. Foram formados dois grupos, com rodas de conversa acontecendo no período de contraturno escolar, objetivando beneficiar os alunos dos turnos manhã e tarde, sem prejuízo nas aulas regulares. Os encontros foram quinzenais, com duração média de uma hora e trinta minutos, divididos entre dinâmica de grupo e a reflexão de um tema sugerido pelos próprios alunos através da “Caixa de Sugestões”. A cada encontro era sorteado um tema para a próxima roda de conversa. Contou-se com uma equipe multiprofissional: Assistente Social, Educador Físico, Enfermeiro, Fonoaudióloga, Nutricionista, Médico, Odontólogo, Psicólogo, que atuaram como facilitadores das rodas de conversa.

**RESULTADOS:** 67 adolescentes participaram das rodas de conversa. 49 (73,1%) do sexo feminino e 18 (26,9%) do sexo masculino, com idade entre 13 e 19 anos ( $\pm 1,91DP$ ), sendo oriundos dos cursos de informática, agropecuária e agroindústria (médio integrado ao técnico). Os temas sugeridos pelos adolescentes através da “Caixa de Sugestões” foram: sexualidade (28,3%), saúde mental (13,4%), saúde física (11,9%), dieta saudável (7,5%), gravidez na adolescência (3,0%), estresse (3,0%), saúde do coração (3,0%), saúde da pele (3,0%), namoro saudável (3,0%), higiene corporal (3,0%), *bullying* (1,5%), obesidade (1,5%), sentimentos (1,5%), depressão (1,5%), higiene bucal (1,5%), postura corporal (1,5%), organização do tempo de estudo (1,5%), acompanhamento de amigos com doenças graves (1,5%), ciúmes (1,5%), primeiros socorros (1,5%), namoro escondido (1,5%), autoidentidade (1,5%), câncer (1,5%), álcool (1,5%).

**ANÁLISE CRÍTICA:** A proposta das rodas de conversa é coerente com a promoção da saúde ao defender a produção de sujeitos autônomos, críticos, reflexivos e livres, que se constituem, no encontro com o outro, em coletivos democráticos e participativos (SAMPALHO et al.,2014). O adolescente vive o processo de busca de si mesmo, incluindo a construção do seu autoconceito por meio do encontro com o outro; o conhecimento de sua sexualidade; a necessidade de intelectualizar e fantasiar; as crises religiosas; as reivindicações e as flutuações do humor (KNOBEL,2003). A sexualidade é um componente intrínseco da pessoa

1 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 2 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 3 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 4 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 5 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 6 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 7 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA.

e fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL,2010). É importante que temas relacionados à alimentação e nutrição sejam discutidos com os adolescentes visando à redução do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas na fase adulta, pois, conforme Vargas et al (2011), comportamentos alimentares característicos dessa faixa etária podem ser modificados mesmo com intervenções de curta duração. Segundo Farias et al. (2012), a escola aparece como um importante meio de promoção da atividade física, sobretudo por meio das aulas de educação física, desenvolvendo ações que possam aumentar a participação dos adolescentes em atividades físicas moderadas e vigorosas.

**CONCLUSÃO:** A Roda de Conversa abriu um espaço de diálogo e interação, sendo uma possibilidade metodológica para uma comunicação dinâmica e produtiva entre alunos adolescentes. A participação dos profissionais de saúde, servidores da própria Instituição, durante as atividades, permitiu criar um vínculo, além de fomentar a escuta de tais profissionais sobre dúvidas, medos e anseios dos adolescentes, possibilitando repensar o cuidado em saúde que oferecem. Ações preventivas têm um impacto satisfatório na saúde da população e podem garantir o seu bem-estar. A escola, sendo um privilegiado espaço de diálogo, onde todos possam falar e serem ouvidos, desempenha papel fundamental para o sucesso dessas ações.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Manual técnico. 132p. Brasília, 2010.;

FARIAS JUNIOR, J. C.; LOPES, A. S.; MOTA, J.; HALLA, P. C. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v.46, n. 3, p 505-515,2012.;

KNOBEL, M. A Síndrome da Adolescência Normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.;

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.D.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface comunidade saúde educação, São Paulo*, v. 18, n. 2, p. 1299-1311, 2014.;

VARGAS, I. C. S.; SICHIERI, R.; SANDRE-PEREIRA, G.; DA VEIGA, G. V. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*,v. 45, n. 1, p. 59-68, 2011.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Promoção de Saúde; Roda de Conversa.



## RODA DE CONVERSA COMO RECURSO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: QUAL A VISÃO DOS ADOLESCENTES?

*Dalva Muniz Pereira*

*Cecilia Regina Galdino Soares*

*Doralice Limeira da Silva*

*Vanessa Xavier Silva Sousa Gomes*

*Vanessa da Silva Alves*

*José Wybson Colaço Nunes*

*Cecilia Teresa Muniz Pereira*

**INTRODUÇÃO:** A Roda de Conversa é um método de discussão que possibilita aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir do conhecimento que cada pessoa possui sobre determinado assunto. Cada integrante deve ter oportunidade de falar ou expressar o que pensa, sempre com um moderador para facilitar a participação das pessoas. O Projeto EPA- Educação Permanente em Saúde para Adolescentes, desenvolvido pelo Núcleo de Assistência ao Educando -NAE/Núcleo de Qualidade de Vida-NQV do IFMA Campus Caxias, prioriza ações de saúde através da adoção de práticas educativas de caráter dialógico com ativa participação dos adolescentes, fazendo com que eles se sintam sujeitos, corresponsáveis por sua saúde, ampliando seus recursos de autoproteção. Brasil (2010) coloca que a promoção da saúde integral dos adolescentes tem sido motivo de um olhar mais detalhado pelas instituições de educação, uma vez que uma boa condição de saúde favorece o ensino-aprendizagem.

**OBJETIVOS:** Promover encontros, em uma relação dialógica, entre adolescentes e profissionais da saúde; facilitar espaços de reflexão/transformação; desenvolver ações básicas para promoção da saúde biopsicossocial; ampliar a capacidade comunicativa.

**MÉTODOS:** Envolve a participação voluntária dos alunos regularmente matriculados e dos profissionais de saúde dos referidos núcleos: Assistente Social, Educador Físico, Enfermeiro, Fonoaudióloga, Nutricionista, Médico, Odontólogo e Psicólogo, que atuam como facilitadores das rodas de conversa. Por questões éticas, foi solicitado aos adolescentes que assinassem o termo de assentimento e, para os menores de 18 anos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais. O instrumento de coleta de dados foi um questionário, com três perguntas abertas, direcionadas aos adolescentes. Foi solicitado que respondessem questões relacionadas à avaliação do projeto, as contribuições em relação à saúde e sugestões.

**RESULTADOS:** O projeto foi avaliado como “ótimo”, “bem interessante”, “positivo”, “excelente”, “muito bom”, “bem legal”, que “veio em boa hora”, “dinâmico”, “fundamental”, sendo uma “oportunidade de nos expressarmos sobre assuntos que, às vezes, sentimos vergonha de discutir no dia-a-dia”, além de permitir fazer “novas amizades”, pois “proporciona grande interação interpessoal”. Tem uma “tática muito eficiente”, visto que “o legal, realmente, é que somos nós que escolhemos o tema”. No tocante às contribuições do projeto em relação à saúde dos adolescentes foi relatado “mais conhecimento” sobre “temas difíceis de serem abordados pela família”. As discussões dos assuntos durante as rodas permitiram esclarecer dúvidas, melhorar a alimentação, trazendo várias informações sobre assuntos que, talvez, não tivessem o interesse ou a oportunidade de procurarem, levando-os a agir de forma preventiva, já que “passei a pensar antes de agir” e “me preocupar mais com a minha saúde”. O fato de discutir em grupo também foi avaliado positivamente, pois “com base em experiências relatadas, podemos tirar o melhor e o pior para seguirmos como exemplo”. Mesmo que já seja “proveitoso e divertido, acredito que está bom assim mesmo”, foi sugerida a continuidade do projeto, que acontecesse com maior frequência (atualmente os encontros são quinzenais), com maior tempo (a duração média é de uma hora e trinta minutos), utilização de “músicas, vídeos e dramatizações”, além do fornecimento de “lanche”.

**ANÁLISE CRÍTICA:** As Rodas de Conversa abrem espaço para que os sujeitos da escola estabeleçam um local de diálogo e interação, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro no cotidiano escolar, já que sua principal característica é permitir que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permitir trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (MELO; CRUZ,2014). Ou seja,

1 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 2 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 3 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 4 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 5 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 6 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA - 7 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO MARANHÃO-IFMA.

a mera disposição das cadeiras em forma circular não garante a democratização da fala, e a roda, como ferramenta de Educação Popular, não se esgota na organização física das pessoas, mas na sua disponibilização para a horizontalização das relações saber-poder, na emergência de saberes compartilhados no e pelo coletivo (SAMPAIO et al.;2014). A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL,2005). É um processo educativo que vai se construindo de forma coletiva, em que cada sujeito contribui com seu saber (JANTSCH et al.,2011).

**CONCLUSÃO:** Os encontros através das rodas de conversa possibilitaram um espaço de escuta e compreensão dos conflitos dos adolescentes. O conhecimento foi construído a partir do que os adolescentes já sabiam, reforçando ideias existentes e corretas, corrigindo conceitos errôneos e estabelecendo uma troca de saberes. Os alunos mostraram-se motivados, participaram dos encontros com interesse, trouxeram situações do cotidiano, relacionadas ao tema que era debatido, apresentaram senso crítico, a compreensão do contexto social em que vivem e aprenderam escutar a si mesmo e aos colegas, iniciando um processo de autoconhecimento, possibilitado pela aceitação de sua fala na coletividade.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 36p. Brasília, 2005. ;

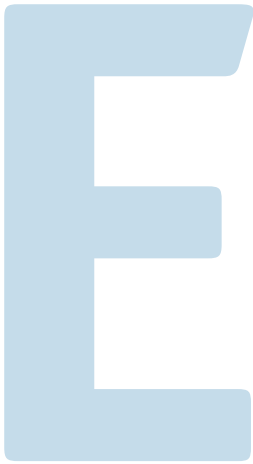
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Manual técnico. 132p. Brasília; 2010.;

JANTSCH, L. B.; DOS SANTOS, J.O.; COSENTINO, S.F.; RODRIGUES, M.D.G.S. Conversando com adolescentes sobre higiene ambiental. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 841-846, Jan-Jun, 2011.;

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.D.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Interface, v. 18, n. 2, p. 1299-1311, 2014.;

MELO, M. C. H.; CRUZ, G. C. Roda de Conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no Ensino Médio. Imagens da Educação, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Promoção de Saúde; Saúde Biopsicossocial.



## ENSINO-APRENDIZAGEM EM SERVIÇO-COMUNIDADE: VIVÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E ASSOCIADAS AO PROTAGONISMO NO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Anne Alynne Rodrigues e Escórcio*

*Michele Vicente Torres*

*Danielle Souza Moura*

*Geyson Igo Soares Medeiros*

*Luisa Mara Brito Santos*

*Stephanie Sarah Cordeiro de Paiva*

**INTRODUÇÃO:** O ensino na saúde emerge com o objetivo de transformar as ações pedagógicas, reestruturar os currículos e adequá-los ao cenário de práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEDROSA; LUSTOSA, 2012). Como reflexos dessas iniciativas, no âmbito da pós-graduação, em 2005, foram criadas as Residências Multiprofissionais para qualificar profissionais da saúde para o trabalho sob a ótica dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, a inovação no ensino na saúde remete à importância da produção de espaços de encontros, dialógicos, participativos, que mobilizem o incentivo a uma cultura de sujeitos sensíveis à realidade (BEAUCLAIR, 2010). Processo dinâmico que envolve competências humanísticas, como a sensibilidade e a amorosidade, e implica a necessidade de pensar o fazer saúde sob uma perspectiva ética, política e humana, com o uso de metodologias ativas, favoráveis ao exercício da autonomia e do protagonismo dos sujeitos no seu modo de andar a vida (MAGALHÃES, 2012).

**OBJETIVOS:** O presente trabalho objetiva relatar as experiências de ensino-aprendizagem em serviço-comunidade vivenciadas no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e sua relação com o protagonismo no cuidado, no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

**MÉTODOS:** Trata-se um relato das experiências vivenciadas por uma equipe de residentes das categorias de Psicologia, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Fisioterapia, durante os meses de agosto de 2014 a julho de 2015. O público-alvo dessas intervenções foi a população adscrita a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona norte de Teresina-Piauí. As ações foram realizadas por equipe multiprofissional e em parceria com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do referido território e acadêmicos do Curso de Fisioterapia da UESPI. Entre as metodologias utilizadas, estão: rodas de conversa, teatro com atores e/ou fantoches, jogos educativos, dinâmica de mitos e verdades e exposição de vídeos. Para isso, os encontros operacionalizaram-se pela seguinte ordem: acolhimento, compartilhamento de saberes, avaliação e finalização.

**RESULTADOS:** Durante o período acima citado, foram realizadas atividades de educação popular em saúde com crianças e adolescentes no contexto escolar, grupo de alongamento para idosos, curso de gestantes, sala de espera para público em geral, encontros de promoção à saúde dos funcionários da UBS, bem como para os trabalhadores de um polo cerâmico do território, saúde na praça, além de campanhas preventivas preconizadas pelo Ministério da Saúde e encontros de educação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde.

**ANÁLISE CRÍTICA:** As ações promovidas por este programa de Residência, como proposta de ensino-aprendizagem em serviço-comunidade, buscaram instigar nos residentes a cultura de incentivo ao protagonismo enquanto profissionais inseridos na APS. Soma-se a isso o despertar para as dificuldades e desafios inerentes ao exercício de trabalhar em equipe e, de fato, efetivar a interdisciplinaridade em saúde e, conforme propõe Pedrosa e Lustosa (2012), superar a fragmentação de saberes e práticas. Nesse sentido, percebe-se que as inovações no ensino na saúde, propostas por esse curso, possibilitam o aflorar da criatividade, sensibilidade e amorosidade, que segundo Beauclair (2010) são favoráveis à vivência de encontros leves, de escuta e acolhimento das demandas disparadas por sujeitos reais, que movimentam o cotidiano do serviço de saúde. Vale ressaltar que as ações realizadas nesse período, em sua maioria embasadas pelos pressupostos de Freire (1996) e da educação popular em saúde, partiram do saber de cada sujeito e das necessidades da comunidade, incentivando-os a participar de forma ativa e

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI; FACULDADE SANTO AGOSTINHO - FSA - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI.

corresponsabilizada, mobilizando-os como sujeitos importantes na promoção e prevenção da saúde individual e coletiva. Outro ponto de destaque refere-se à ressignificação dos espaços de atuação das equipes de saúde para além dos muros da UBS, mas, nos espaços de circulação e produção de vida, tais como escolas, praças etc.

**CONCLUSÃO:** Estas vivências possibilitaram refletir sobre a cultura pedagógica adotada pelo curso de residência, na perspectiva do incentivo ao desenvolvimento e aprimoramento de habilidades humanísticas relacionadas ao protagonismo no cotidiano das ações de cuidado em saúde, como movimento que deve ocorrer de forma constante, bem como permitiram o exercício da interdisciplinaridade e a construção coletiva de práticas pautadas no vínculo, no respeito e na consideração das histórias de vida, de sujeitos reais, um desafio a ser incentivado ainda na graduação. Evidenciou-se a importância do desenvolvimento de processos educativos críticos, alçados pela problematização e mediados pela realidade, considerando esta como dinâmica em constante movimento e transformação.

## REFERÊNCIAS:

BEAUCLAIR, J. Por uma poética da existência: a amorosidade como elemento essencial na aprendizagem ao longo da vida. Anais do II Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal, 2010. Disponível em: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt). Acesso em 20 de Ago. de 2015.;

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 01 de Set. de 2014. Disponível em: acesso em 21 de Ago. de 2015.;

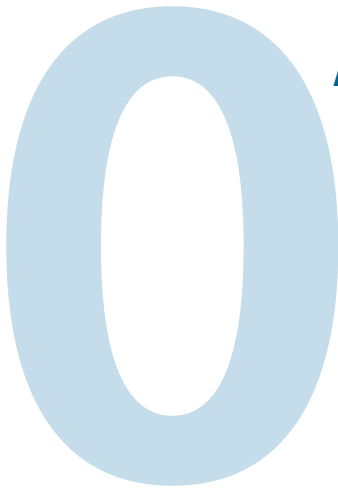
FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.;

Magalhães, S. M. O. A formação de sentidos subjetivos potencializadores da amorosidade no espaço educacional. São Paulo: Eccos Revista Científica, Universidade Nove de Julho. n. 27, 2012, p. 145-162. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/715/71523347010.pdf>. Acesso em 21 de Ago. de 2015. ;

PEDROSA, J. I. S.; LUSTOSA, A. F. M. Trilhas da interdisciplinaridade: a experiência da instituição do projeto de ensino em saúde na UFPI. In: Barros Júnior, F. O.; ALMEIDA, M. G.; BARBOSA, V. R. A.; FIGUEIREDO, E. B. G. Ensino na saúde: outras palavras. Brasília, Verbis Editora, 2012. 226 p.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Ensino; Cuidados Primários em Saúde.

# OFICINA DE TRABALHO SOBRE A ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ



*Lielma Carla Chagas da Silva*  
*Giovana Grécia Anselmo Viana*  
*Karina Oliveira de Mesquita*  
*Emanoel Avelar Muniz*  
*Cilene Maria Freitas*  
*Ana Karina de Sousa Gadelha*  
*Francisca Lopes de Sousa*

**INTRODUÇÃO:** Muito se tem discutido acerca dos benefícios e incentivo ao Aleitamento Materno (AM) e alimentação saudável em crianças de 0 a 2 anos. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma iniciativa do Ministério da Saúde criada a partir da junção da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional pela Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora, inserida no contexto do processo de trabalho dos Centros de Saúde da Família (CSF), onde os profissionais poderão pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade local. Para a efetivação da EAAB, os estados e municípios deverão se organizar para formar os profissionais por meio de duas ações: oficinas de formação de tutores e oficinas de trabalho nos CSF (BRASIL, 2011).

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência da construção do plano de ação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no CSF COHAB III do município de Sobral – Ceará, evidenciando seus aspectos facilitadores e limitadores e conhecer as necessidades da equipe de saúde na perspectiva de contribuir para melhoria dos índices de AM e redução da mortalidade infantil.

**MÉTODOS:** Relato de experiência vivenciado na oficina de trabalho desenvolvida no CSF COHAB III do município de Sobral, Ceará, em junho de 2015. Contou com a participação dos profissionais da equipe, dentre eles: 4 enfermeiros, 1 médica, 1 fisioterapeuta residente, 1 odontólogo, 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 3 agentes administrativos e a gerente do CSF. A oficina foi desenvolvida em cinco atividades: Atividade 1: Por que estamos aqui hoje? - Dinâmica de apresentação; Atividade 2: O que é a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável? - Definição e objetivos; Atividade 3: Leitura de manuais sobre a temática; Atividade 4: Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Leitura do manual e elaboração de encenação; Atividade 5: Painel Como implementar ações para a prática da alimentação saudável de crianças menores de 2 anos; Atividade 6: Avaliação individual e encerramento. Os achados estão apresentados de forma descritiva. Orientou-se pela resolução 466/12 do CNS.

**RESULTADOS:** A partir da oficina, foi construído pelos participantes o plano de ação que será monitorado pelos tutores da EAAB de referência no município. Para isso, foram listadas as dificuldades e soluções pelos grupos, que deveriam criar um plano com pelo menos três ações que possam ser adotadas, com definição de prazos, responsáveis e possíveis parceiros. As ações apresentadas pelos participantes foram: implantação do grupo de gestantes, mantendo encontros quinzenais e inserção da temática de AM e alimentação complementar saudável na programação de todos os grupos de educação em saúde do CSF, sob a responsabilidade dos enfermeiros da assistência, residentes e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); realização sistemática de orientações sobre AM e alimentação complementar saudável na sala de espera do CSF sob a responsabilidade dos acadêmicos dos cursos de enfermagem e nutrição e ACS. Os prazos para realização das ações foram, respectivamente, junho, julho e agosto de 2015. Durante as atividades foi evidenciada ainda a dificuldade dos profissionais nas orientações sobre alimentação de crianças menores de dois anos.

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 2 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 3 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 5 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 7 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Como uma das ações propostas, a implantação do grupo de gestantes foi considerada ação prioritária, considerando o número significativo de gestantes cadastradas nas duas equipes do CSF COHAB III, assim como o diversificado perfil socioeconômico e cultural destas. Sabe-se que faz parte das atribuições da equipe da Estratégia Saúde da Família a promoção e prevenção da saúde. Desta maneira, destaca-se a importância da promoção de grupos educativos e espaços de escuta nos serviços de saúde que assistam as mulheres gestantes e as ajudem a entender e a viver de forma saudável este período. Neste sentido, os “Grupos de Gestantes” em Unidades Básicas de Saúde é um espaço dinâmico que objetiva a promoção da saúde integral individual-coletiva das grávidas, mediada pelas interações que nele ocorrem (CREMONESE et al., 2012). A inserção da temática do AM e Alimentação nos grupos de convivência e na sala de espera foi considerada importante por ser uma forma de disseminar a sensibilização em todos os espaços educativos e entre todos os ciclos de vida. Segundo Ferreira e Magalhães (2007), a educação nutricional se insere nas práticas de promoção de saúde por apresentar à população efeitos biológicos dos nutrientes no organismo, orientação alimentar e, ainda, a preservação das propriedades nutritivas dos alimentos envolvendo as técnicas de preparo e armazenamento.

**CONCLUSÃO:** A realização da oficina de trabalho com posterior elaboração do plano de ação configurou-se como importante instrumento de disparo na sensibilização acerca da temática, sendo reconhecida a necessidade dessa abordagem pelos profissionais de saúde envolvidos. Visto essa necessidade, os participantes ainda sugeriram a continuidade dos momentos de educação permanente no CSF englobando assuntos relacionados à saúde materno-infantil. Portanto, conclui-se sobre a relevância da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil como estimulador dessas ações na Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área. Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 58 p.;

CREMONESE, L. et al. Grupo de gestantes como estratégia para educação em saúde. Santa Maria: UFSM, 2012.;

FERREIRA, V.A; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção de saúde: perspectivas atuais. Cad. Saúde Pública, v.23, n. 7, p. 1674-1681, 2007.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno; Hábitos Alimentares; Atenção Primária à Saúde.





# ANÁLISE DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NOPIAÚÍ: 2001 A 2012

*Pollyana Rocha de Araújo*

*Mohema Duarte de Oliveira*

*Margarete Almeida Freitas de Azevedo*

*Valerio Genario Borges de Azevedo*

**INTRODUÇÃO:** A mortalidade por suicídio tem aumentado em todo mundo, fazendo com que este tenha se tornado um problema de saúde pública, estando entre as principais causas de óbitos nos jovens. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 2005 é considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100.000 habitantes) quando comparada com as taxas de outros países. O país ocupa a 67ª posição em uma classificação mundial (RITLA, 2008). Segundo Cardoso et al (2012), os principais fatores associados ao suicídio são: diagnóstico de depressão, alcoolismo, uso de drogas, idade, sexo, desemprego e precária percepção de suporte familiar e social.

**OBJETIVOS:** Descrever o perfil de suicídios no estado do Piauí; descrever as características e fatores relacionados aos suicídios no estado do Piauí.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo dos óbitos por suicídio no estado do Piauí, no período de 2001 a 2012. As informações foram obtidas no banco de dados brasileiro Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Dados sobre estimativas populacionais foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), que também se encontravam no SIM. Utilizou-se as categorias X60 a X84 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária, situação conjugal e método de suicídio utilizado. As ferramentas computacionais utilizadas para preparo e análise de dados foram o Tabwin 3.6 e Microsoft Excel 2010.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De 2001 a 2012 foram encontrados 2133 óbitos por suicídio no Piauí, destes 66% foram por enforcamento, 13% por autointoxicação, 12,0 % por arma de fogo, 1,2 % por afogamento, 1% por objeto cortante e 6,6% outros. 1623 óbitos (76,1%) eram do sexo masculino e 510 (23,9%) do sexo feminino. No tocante à situação conjugal, 51,6% eram solteiros, 37,1% casados, 3,9% viúvos, 2,8% separados, 3,4% em união estável e 1,2% ignorado. A faixa etária mais acometida foram os adultos jovens, de 25-39 anos (34,25%), seguida da faixa etária de 40-59 (27%), 15-24 anos (21,5%), acima de 60 anos (15,5%) e 10 a 14 anos (1,8%). Com relação ao método utilizado, Simões et (2015) também encontrou o enforcamento (49%), seguido de autointoxicação (17,8%) e disparo de arma de fogo (13,3%), dados semelhantes a este estudo. Segundo este autor, o uso do enforcamento pode ser explicado por ser considerado um método simples e de fácil alcance. A prevalência no sexo masculino foi encontrada também por Simões et al (2015), 81,9%. Comportamentos como competitividade e impulsividade e acesso a tecnologias como arma de fogo estão mais relacionados ao sexo masculino. Somado a isso tem a pressão social em cima da figura masculina como o dever de cumprir os tradicionais papéis de gênero e provedor econômico da família, outro fator de grande estresse para o homem que pode estar relacionado ao suicídio (Meneghel et al, 2004). Ainda segundo este autor, a religiosidade da mulher e a baixa prevalência do alcoolismo atuam como fator protetor na mulher. Simões encontrou que 81% dos suicídios foram na faixa etária de 20 a 59 anos. O suicídio em jovens encontra-se relacionado às decepções amorosas e aos problemas familiares (CABRA et al, 2015). De acordo SANTOS, 2010, o suicídio em adultos jovens também está associado às relações de trabalho, como competitividade e excesso de trabalho. Fatores como família, participação em grupos sociais e relações de amizade influenciam na construção do indivíduo e podem explicar o maior número de suicídios em pessoas solteiras ou que vivem sozinhas (CABRA, 2015). Adversidades socioeconômicas e ausência de apoio social aumentam os riscos de suicídio

1 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 2 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 3 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 4 - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA - FMS.

naqueles que são vulneráveis, por exemplo, pessoas com histórico de tentativas de suicídio anteriores, transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade) e comorbidades, tais como abuso/dependência de álcool/drogas.

**CONCLUSÃO:** O número de suicídios mostra que é necessário realizar ações no âmbito da saúde pública, no sentido de amenizar o impacto dessas mortes. A capacitação dos profissionais para prevenção de suicídios, identificação de pacientes com risco, o controle e tratamento dos pacientes com transtornos mentais, como alcoolismo, depressão, uso de drogas e, por fim, elaboração de estratégias que busquem a integração do indivíduo com a sociedade são estratégias que podem ser incentivadas para melhorar esse quadro.

## REFERÊNCIAS:

CABRA, S. A. A.O. ; SILVA. N.Q.; OLIVEIRA, S. A.; SANTOS, D.P.; BONFIM, C.R.; ALENCAR, M.C.B.; SILVA, S.C.M. Fatores de risco para o suicídio: um estudo de revisão. INTESA (Pombal - PB - Brasil), v. 9, n. 1, p. 76-81, Jan/Jun 2015.;

CARDOSO, H.F.; BAPTISTA, M.N.; VENTURE, C.D.; BRANÃO, E.M.B., PADOVAN, F.D.P., GOMES, M.A. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, v.12, n.2, p.42-48, Ago./Dez. 2012.;

MENEGHELA, S.N; VICTORAB, C.G; FARIAC, N.M.X.; CARVALHO, L.A.; FALKE, J.W.F. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Publica v.38, n.6, p.804-10; 2004.;

REDE DE INFORMAÇÃO LATINO AMERICANA - RITLA. Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros 2008. Brasília, DF: Instituto Sangari, Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça; 2008.;

SANTOS, M. A. F.; SIQUEIRA, M. V. S.; MENDES, A. M. Tentativas de suicídio de bancários no contexto das reestruturações produtivas. Revista administração contemporânea., Curitiba, v. 14, n. 5, set./out. 2010.;

SIMÕES, B.F.; BOTTI, L.C.N.C.L.B. Suicídio em cidades históricas de um estado brasileiro. Revista Rene, v.16, n2, p. 250-7, mar/abr.2015.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio; Epidemiologia; Piauí.



# VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELA SÍFILIS ENTRE DETENTOS DO SISTEMA CARCERÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

*Antonio Tiago da Silva Souza*

*Aline Raquel de Sousa Ibiapina*

*Fernanda Ferreira de Moraes*

*Wyarlenn Divino Machado*

*Aline Macedo da Silva*

*Anderson da Silva Souza*

*Telma Maria Evangelista de Araújo*

**INTRODUÇÃO:** A Sífilis, também conhecida como Cancro Duro, é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* (MAERRAWI, 2009). A literatura nacional e internacional chama a atenção para o alto risco de vulnerabilidade a sífilis entre a população carcerária. Fatores de risco, como as relações homossexuais sem o uso de preservativo, a violência sexual praticada por parte dos outros presos, o compartilhamento do uso de drogas injetáveis e de material usado em tatuagens, *piercings*, lâminas de barbear, restrição do espaço e da mobilidade, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos, contribuem para que as prisões se tornem um ambiente de grande vulnerabilidade para a transmissão da doença (ASSIS, 2007; COELHO et al, 2009). Considerando a vulnerabilidade dos carcerários à Sífilis, o estudo trará como impacto a efetiva visibilidade dessa população que necessita de abordagens específicas em relação ao perfil epidemiológico.

**OBJETIVOS:** Diante do exposto, este estudo tem como objetivo investigar a vulnerabilidade dos detentos do Piauí com relação à infecção pela Sífilis.

**MÉTODOS:** Realizou-se um estudo seccional por meio de um inquérito epidemiológico, desenvolvidos nas 12 unidades penais do estado do Piauí. A população do estudo foi composta pelos internos das unidades prisionais de regime fechado ou semiaberto (n= 2.131 internos) que representam 75% da população que cumpre pena sob os referidos regimes nos presídios do estado do Piauí. A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2013 a maio de 2014, através de uma entrevista com a aplicação de formulário pré-testado, contendo perguntas fechadas e algumas semiabertas. As informações obtidas foram armazenadas em banco de dados e, em seguida, submetidas à análise estatística utilizando-se o aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 20.0). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) (Parecer 345.469). Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos 2.131 internos do sistema penitenciário do estado do Piauí que participaram da pesquisa, 42,5% encontravam-se na capital, seguida dos municípios Parnaíba (13,6%) e Picos (11,5%). Os detentos residiam predominantemente no interior do estado (52,4%), sendo que 12,4% eram de outra unidade federativa. Dos participantes, 92,8% eram do sexo masculino, 48,6% estavam na faixa etária de 23 a 32 anos, com idade média de 30,9 anos, máxima e mínima de 17 e 81 anos. Quanto à cor da pele, 61,6% eram pardos. No tocante à situação conjugal, a maior parte se declarou solteiro, separado ou viúvo (58,0%). A média de anos de estudo foi de 6,3 anos, com uma máxima e mínima de 0 e 23 anos. A escolaridade da maioria era compatível com ensino fundamental incompleto (63,0%). A renda pessoal média foi R\$ 789,1 reais, com mínima e máxima de 0 e 40.000. Percentual expressivo não possuía renda (37,2%) e ganhava um salário mínimo (32,4%). Apesar de uma pequena maioria da amostra estudada ter relato o uso do preservativo, a literatura aponta que seu uso é pouco frequente entre os detentos. Outro fator de risco observado na maior parcela da população estudada foi o uso de tatuagens e *piercings*. Tal risco se dá em função da inobservância das medidas de biossegurança, por ocasião dos procedimentos de aplicação/colocação dos mesmos, o que pode levar, dentre outras, à infecção pela Sífilis. O consumo de álcool entre os participantes deste estudo foi considerado alto, visto que 80% da amostra relataram o uso da substância. É comprovado que o

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 3 - ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUÍ - AESPI - 4 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP/CE - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.

uso indevido dessas substâncias está fortemente relacionado à ocorrência de situações violentas, ao comportamento agressivo do detento, à existência de transtornos mentais e à reincidência criminal (TAVARES; SCHEFFER; ALMEIDA, 2012). Neste estudo, mais da metade dos internos do sexo masculino relatou utilizar drogas antes da prisão, sendo a cocaína a droga mais prevalente, o que coadunou com pesquisa realizada no Canadá (KOUYOUMDJIAN et al, 2014). A exposição aos fatores de risco por detentos inicia-se antes do encarceramento. Trata-se de um grupo importante que deve receber maior atenção dos serviços de saúde para impedir a transmissão do *T. pallidum*.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que os detentos constituem um grupo com a susceptibilidade aumentada à infecção pela Sífilis, assim como para outras DSTs. Destaca-se como ponto relevante a importância no aumento da vulnerabilidade à infecção pela Sífilis deste grupo, o comportamento sexual de risco assumido por eles, uma vez que praticam atividades sexuais sob efeito do álcool e outras drogas. Também se observou que, não obstante a expressiva maioria conheça os principais modos de transmissão e sendo a televisão e os serviços de saúde as maiores fontes de informação, há uma dissonância significativa entre conhecimento e prática, sugerindo a presença de outros fatores intervenientes que este estudo não deu conta de investigar. Ressalta-se a relevância ímpar da participação da enfermagem no desenvolvimento, assim como na execução das políticas direcionadas para esta população dando ênfase nas atividades educativas.

## REFERÊNCIAS:

ASSIS, R. D. A realidade atual no Sistema Penitenciário Brasileiro. Revista CEJ, Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007. Disponível em Acesso em 04 de Out de 2013.;

COELHO, H. C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, v. 12, n. 2, Junho 2009. Disponível em: acesso em 01 Out. 2013.;

KOUYOUMDJIAN, F. G. et al. Drug use prior to incarceration and associated socio-behavioural factors among males in a provincial correctional facility in Ontario, Canada. Can J Public Health, v. 105, n. 3, p. 198-202. 2014.;

MAERRAWI, I. E. Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatite B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2012. Disponível em: Acesso em 15 Jun 2015.;

TAVARES, G. P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 25, p. 89-95. 2012.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis; Prisões; Vulnerabilidade.



## GRUPO DE PREVENÇÃO AOS AGRAVOS DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS EM PESSOAS IDOSAS: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

*Rômulo César Afonso Goulart Filho*

*Érika Vanessa Serejo Costa*

*Antônia de Maria Rodrigues de Sousa Castro*

*Ana Glayrce de Araújo Oliveira*

*Flávia Campos Pontes*

*Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

*Ana Carla Lima Nunes*

**INTRODUÇÃO:** Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 4,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida. (BARBOSA, 2005). A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), aprovada em dezembro de 1999, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas (BRASIL, 1999).

**OBJETIVOS:** Sugerir um grupo de prevenção dos agravos de doenças crônico-degenerativas na população idosa; caracterizar a população idosa da UBS quanto às doenças crônico-degenerativas; identificar as principais afecções crônicas que acometem essa população; fornecer material educativo para conhecimento da população.

**MÉTODOS:** Este relato de experiência teve como território o Centro de Saúde da Família (CSF) de Jaibaras, que é um distrito do município de Sobral, Ceará, com 8.141 habitantes, sendo 983 idosos. Dentre esses idosos, com relação a algumas doenças crônicas, temos 267 idosos com diabetes mellitus (DM) e 703 com hipertensão arterial sistêmica (HAS) (SIAB, 2014). Os participantes foram os idosos, com 60 anos de idade ou mais, com doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), patologias musculoesqueléticas degenerativas. A proposta de intervenção se deu da seguinte maneira: foram realizados 4 encontros no período de 2 meses, quinzenalmente, com a duração de 1 hora para cada encontro. Foram abordados 4 temas: 1) Adotando boas posturas nas atividades da vida diária (AVDs); 2) Aprendendo a prevenir dores comuns com exercícios específicos; 3) Direitos e deveres do idoso; 4) Saúde mental: como conquistá-la.

**RESULTADOS:** Nesta proposta de intervenção, identificamos e acompanhamos os idosos que sofrem de distúrbios crônico-degenerativos, empoderando-os a conquistarem melhor qualidade de vida física, mental, ocupacional e social, visto que atualmente existe uma crescente demanda de pessoas idosas e é necessário que existam programas de acompanhamento específico, principalmente as que se relacionam as doenças crônicas não transmissíveis. Esperou-se também corroborar para a qualificação das ações nas Unidade Básica de Saúde (UBS), que é um dos grandes desafios hoje, principalmente no tocante à saúde do idoso, em que neste projeto temos vários pacientes que classificamos como pacientes psicossomáticos, que têm suas dores e sofrimentos físicos relacionados ao estado mental. Durante os encontros foi notória a satisfação dos participantes e o prazer que eles demonstraram ter em perguntar e tirar dúvidas, que é algo que na formalidade de consultas periódicas normalmente não existe, sempre valorizando a fala de cada participante e estimulando-os a participarem intensamente dos momentos propostos. Sendo assim, propôs-se com essa ação coletiva, estimular hábitos saudáveis para a população idosa e, neste contexto, promover qualidade de vida para este público-alvo. Para Torres, Hortale e Schall (2003), as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Diante da transição demográfica na qual nos encontramos atualmente, principalmente no Brasil, como foi citado anteriormente, faz-se necessária a qualificação dos profissionais da saúde, principalmente da atenção primária, para que se possa planejar e executar ações voltadas a este público. Sendo assim, dentro de uma visão ampliada com relação à pessoa idosa, propomos este projeto de intervenção através de ações diversificadas e estimulantes para que este público seja assistido satisfatoriamente. A sobrecarga de trabalho às equipes de saúde da atenção primária, o aumento da demanda espontânea e a desorganização dos processos/fluxos de atendimento fazem parte de algumas dificuldades da saúde básica do Brasil. Sendo assim, a atenção secundária e a terciária acabam, respectivamente, em forma de “cascata”, sendo sobrecarregadas, o que torna precária a qualidade do atendimento ao ser humano. Sendo assim, este projeto, Grupo de prevenção a agravos de doenças crônico-degenerativas, através de ações coletivas, visa otimizar e dar resolubilidade ao cuidado à pessoa idosa. A manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biomédicos, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade. (RAMOS, 2003).

**CONCLUSÃO:** As atividades em grupo são tecnologias leves que devem ser valorizadas cada vez mais pelos profissionais de saúde, principalmente da atenção primária, pois percebemos que concomitante aos tratamentos tradicionais das patologias metabólicas, por exemplo, fazem com que este público possa compreender e aderir melhor aos programas propostos. Podemos perceber que, através de abordagens em grupo, permitiu-se discutir assuntos que vão para além da técnica em saúde física ou mental. Assim, concluímos que mais relatos de experiência possam ser publicados. Priorizar ações coletivas significa otimizar as ações, promover saúde, qualificar as ações na atenção primária para evitar a sobrecarga nas atenções secundária e terciária, qualificar e facilitar as ações multiprofissionais, e é isso que o projeto exposto se propõe, dentre os problemas anteriormente citados.

## REFERÊNCIAS:

BARBOSA, J. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 4, 2005.;

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. nº 237-E, pp.20-24, 13 dez., seção 1, 1999.;

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Piedoso, São Paulo. Caderno de Saúde Pública. v.19, p. 793-797, 2003.;

SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: . Acesso em: 10 de Agosto de 2015.;

TORRES, H.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde.



# CONSTRUÇÃO DE UMA PIRÂMIDE ALIMENTAR REGIONALIZADA COMO PROPOSTA NA EDUCAÇÃO DE ESTUDANTES DO VALE DO SÃO FRANCISCO

*Diego Felipe dos Santos Silva  
Amanda Beatriz Aureliano Silva  
Caroene de Lima Araújo  
Denise Brenda da Silva Fernandes  
Jaine Francielle Ribeiro de Alencar  
Janaína Alves Januário Martins*

**INTRODUÇÃO:** A Pirâmide Alimentar é uma representação gráfica facilitadora para a visualização da distribuição dos alimentos e possibilita uma melhor compreensão por parte da população, pois faz uma demonstração do consumo de vários alimentos. Neste sentido, a cultura nordestina abrange diversas formas de expressão que sofrem influência das etnias africana, europeia e indígena. Estas trouxeram uma gama de conhecimentos, cultos religiosos, artes, festejos e hábitos alimentares que tornaram a região do Nordeste única em termos de variedade de costumes e tradições. A culinária é muito diversificada e reflete as condições econômicas e produtivas da região, havendo diferenças regionais nos alimentos e nas formas de preparo. Realizar adaptações ao contexto regional e propor formas lúdicas para melhor conduzir o conhecimento de estudantes é um adequado modo de inserir-se no cotidiano do público-alvo e incentiva a busca de informações, além de ampliar a noção sobre a temática proposta.

**OBJETIVOS:** Construir uma pirâmide alimentar regionalizada para facilitar o conhecimento de estudantes ingressantes no curso de nutrição, através da contextualização da educação lúdica, com o incentivo de expandir o conhecimento sobre diversos alimentos utilizados na região do São Francisco.

**MÉTODOS:** A pirâmide alimentar proposta foi confeccionada em madeira, os componentes foram produzidos a partir de alimentos não perecíveis e materiais que se assemelhassem e representassem as formas reais dos alimentos. A sua estrutura ao invés de quatro níveis como é disposta tradicionalmente consiste em seis, dividida da seguinte forma: alimentos energéticos, reguladores, construtores e os energéticos extras. A apresentação foi destinada aos alunos ingressantes no curso de nutrição da Universidade de Pernambuco, a qual se iniciou com uma literatura de cordel. A pirâmide foi exposta, permitindo que alimentos mais utilizados na região fossem mostrados para uma melhor explicação das suas respectivas propriedades e funções. Posteriormente, iniciou-se uma discussão entre os estudantes e em sequência foi realizada uma avaliação para identificar o grau de entendimento da abordagem.

**RESULTADOS:** O projeto possibilitou a construção de conhecimentos sobre alimentação e nutrição de forma dinâmica, lançando importância à conscientização para uma dieta equilibrada e acessível, através de uma proposta educacional voltada para o melhor entendimento dos estudantes sobre a pirâmide alimentar e os alimentos que são mais consumidos na região do Vale do São Francisco. A utilização da literatura de cordel recitada inicialmente, como introdução a apresentação da pirâmide regionalizada, apresentou-se bastante atrativa, o que causou bastante entusiasmo e intensificou o interesse dos alunos fixarem sua atenção ao objetivo principal de conhecer a pirâmide. Foi possível orientar e incentivar sobre a ingestão recomendada de água, além da recomendação para a prática de atividades físicas. Toda a proposta possibilitou instruir uma alimentação balanceada levando em conta as propriedades nutricionais e funcionais dos alimentos, diminuindo assim os fatores de riscos que podem levar a Doenças Crônicas Não transmissíveis. Além dessa integralização de conhecimentos, mostrou-se a variedade de alimentos funcionais. A apresentação de alguns alimentos, embora já exibindo elevada repercussão no âmbito da saúde, ainda apresentou-se muito discreta na noção que os estudantes tinham, o que pode conduzir a uma busca de interesse dos mesmos em posterior a nossa indução, pesquisar sobre a composição nutricional dos alimentos e identificar quais as propriedades funcionais existentes nos mesmos.

---

1 - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - 2 - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - 3 - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - 4 - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - 5 - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - 6 - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Para elaboração da pirâmide, levou-se em conta a situação econômica e social da região, como também se valorizou a cultura de modo que os alimentos nativos continuem presentes na culinária ao longo das gerações. “Além de sinalizar o status, o alimento pode ser usado como um distintivo de identidade grupal quer o grupo se baseie em critérios regionais, familiares, étnicos ou religiosos (HELMAN, 2009, p.61).” Além dessa integralização de conhecimentos, mostrou-se a variedade de alimentos funcionais. “O consumo de alimentos funcionais vem crescendo gradativamente, uma vez que estes contêm em sua composição química, substâncias biologicamente ativas, que pode desencadear processos metabólicos ou fisiológicos, resultando na diminuição de enfermidades e na manutenção da saúde (ALMEIDA et al., 2009, p.191).” Foi possível identificar a necessidade de haver mais pesquisas científicas, tanto voltadas aos alimentos ainda pouco explorados quanto relacionadas às suas propriedades nutricionais, o que permitiria o acesso à informação para pesquisadores na área de alimentos e também para a população como um todo.

**CONCLUSÃO:** Foi observada a importância da pirâmide regionalizada apresentada aos alunos ingressantes no curso de nutrição, em que se verificou que sua aplicação contribuiu consideravelmente para ampliar os conhecimentos sobre a região do Vale do São Francisco com informações úteis para o cotidiano e na vida profissional; de forma educativa e utilizando o lúdico, possibilitou-se a expansão da informação através da vivência discutida e expandindo a visão do contexto abordado, promovendo uma melhor qualificação quanto ao futuro cargo pretendido, ser nutricionista. Deste modo, a pirâmide regionalizada se torna uma importante estratégia para o ensino e a aprendizagem de conceitos referentes aos alimentos, pois favorece o raciocínio e a interação entre alunos e entre professores e alunos.

## REFERÊNCIAS:

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2003. ;

PHILIPPI, S. T. Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. 1 ed. São Paulo. Manole. 2008.;

NASCIMENTO, G. Registros de cultura popular do vale do São Francisco. Petrolina-PE: Franciscana. 2007.;

HELMAN.C. G. Cultura,saúde e doença. 5 ed. Porto Alegre. Artmed. 2009.;

ALMEIDA, A.; SUYENAGA, E. S. Pharmacological effect off garlic (*Allium sativum* L.) and onion ( *Allium cepa* L.) on the cardiovascular system: literature review. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, V. 34, n. 1, p. 185-197, abr. 2009.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Alimentar; Aprendizagem; Avaliação Educacional.



# INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO PIAUÍ DE 2008 A 2014

*Mohema Duarte de Oliveira*

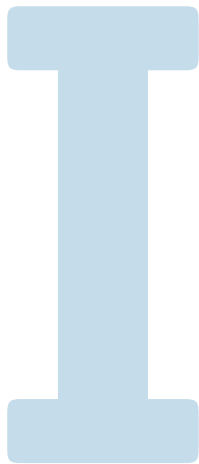
*Cleidiane Vieira Soares Cabral*

*Luzivania da Costa Cabral*

*Maria Sauanna Sany de Moura*

*Hannah Karoline Duarte e Mendes*

*Arlete Divina dos Santos Duarte*



**INTRODUÇÃO:** No Brasil, as internações por transtornos mentais e comportamentais implicam em alto custo financeiro para assistência em saúde, principalmente pelo tempo de permanência nos hospitais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência dos transtornos mentais na população mundial está em torno de 10%, superando 25% quando considerados episódios durante toda a vida (WHO, 2001). Adicionalmente à alta frequência com que ocorrem, esses transtornos lideram, ainda, o *ranking* das doenças listadas como as principais causas de anos de vida vividos com incapacidade (Years Lived with Disability — YLDs), ultrapassando, inclusive, as doenças cardiovasculares e HIV/AIDS (OMS, 2001b).

**OBJETIVOS:** Analisar o perfil das internações psiquiátricas no estado do Piauí ao longo do período de 2008 a 2014.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo sobre o perfil das internações psiquiátricas no Piauí, na base de dados do SIH-SUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Os arquivos são de acesso livre e foram obtidos por meio do SIH-SUS do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O programa TabWin foi utilizado na tabulação e análise descritiva dos dados contidos nas bases do SIH-SUS. Os dados de interesse analisados foram: sexo, faixa etária (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, ≥60 anos e idade ignorada, grupos de doenças (capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10a edição – CID 10), transtornos mentais (lista de morbidades da CID-10), tipo de hospital (psiquiátrico geral e especializado).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de 2008 a 2014, o Piauí teve um total de 1.500, 963 internações hospitalares, sendo que destas 25.396 foram devido a transtornos mentais e comportamentais, representando 1,6% do total no período analisado. O tempo de permanência dos pacientes internados variou de 3,3 a 45,3 com média de permanência de 29,7 dias. Além disso, essas internações foram mais frequentes nas faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos para ambos os sexos. O sexo masculino teve maior predominância nas internações com percentual de 60,3%. A doença com maior taxa de internação foi a esquizofrenia (46,4%), sendo mais frequente na faixa etária dos 20 a 30 anos para os pacientes do sexo masculino, enquanto para os do feminino essa frequência foi maior na faixa dos 30 a 39 anos os transtornos de humor. Outros diagnósticos mais frequentes nas internações foram os transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas (19,9%) e transtornos do humor (19,3%), em que 85% das hospitalizações ocorreram em hospitais gerais, 5% em hospitais psiquiátricos e 10% em clínicas especializadas. A diminuição de internações em hospitais psiquiátricos e clínicas especializadas reflete o movimento pela desinstitucionalização em hospitais psiquiátricos dos pacientes com transtornos mentais, que, embora tenha começado a se desenvolver no campo das políticas de saúde do Brasil já na década de 1980, somente foi sancionado pela Lei 10.216 que prevê a redução progressiva de leitos e a reinserção social dos pacientes por meio da implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares. A redução do número de leitos psiquiátricos deve ser acompanhada por políticas e serviços que permitam a reintegração a familiares e à sociedade, tais como a implantação do Programa De Volta Para Casa, a criação de residências terapêuticas, a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e o credenciamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (BRASIL, 2005). Cabe destacar que a implementação de leitos destinados a pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais constitui uma ação estratégica para a redução do estigma da doença mental, bem como para a melhoria do acesso ao serviço e do intercâmbio com outras especialidades médicas, assegurando melhor atenção à saúde física dessas pessoas (BOTEGA, 2006). Apesar de a

1 - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ-FIOCRUZ - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI - 4 - HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ - HRJL - 5 - FACULDADE SANTO AGOSTINHO - FSA - 6 - SECRETARIA DE SAÚDE DE MONTE ALEGRE DO PIAUÍ - SMS.

literatura não apontar diferenças marcantes entre os sexos, uma possível explicação para tal divergência encontrada entre os gêneros pode ser o fato de haver maior probabilidade de homens serem internados na presença de algum transtorno psicótico em comparação com as mulheres ou, ainda, o alcoolismo e a psicose alcoólica apresentarem-se mais prevalentes entre os homens (SILVA, COUTINHO, AMARANTE; 1999).

**CONCLUSÃO:** Conhecer o perfil das internações por transtornos mentais no Piauí pelo Sistema de Informações Hospitalares pode ser útil não só para o conhecimento epidemiológico desses transtornos mas também para avaliar a efetividade das políticas públicas implementadas na área da saúde mental, bem como fornecer subsídios para o planejamento de novas ações de saúde.

## REFERÊNCIAS:

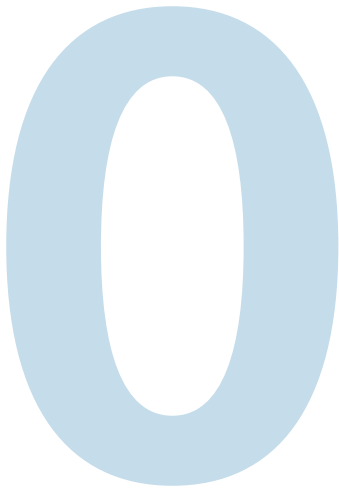
BOTEGA, N.J. Psiquiatria no hospital geral: históricos e tendências. In: Botega NJ, editor. Prática psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.;

SILVA, J.P.L; COUTINHO, E.S.F.; AMARANTE, P.D. Perfil demográfico e sócioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública, v.15, n.3, p,505-11, 1999.;

Organização Mundial de Saúde. The World Health Report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.;

Organização Mundial de Saúde. Atlas: mental health resources in the world 2001. Geneva; 2001b.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos Mentais; Internações Hospitalares; Sistema Único de Saúde.



# O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL E AS CONDIÇÕES DE VIDA FAMILIAR: A NECESSIDADE DE UMA REDE ARTICULADA SUPORTE SOCIAL

*Diapônia Vitória da Silva Santos*

*Lúcia Cristina dos Santos Rosa*

**INTRODUÇÃO:** A Reforma Psiquiátrica, intitulada como processo de desinstitucionalização, tem como principal objetivo a reinserção social da pessoa com transtorno mental e como proposta central a construção de uma rede substitutiva de serviços que, ao contrário do que acontecia nos manicômios, promova vida, reinventando relações e sociabilidades. Mesmo tendo possibilitado muitos avanços na assistência em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica ainda esbarra em desafios para que consiga ser efetivada, dentre eles romper com a concepção limitada de rede que, na maioria das vezes, concentra-se apenas no aumento do número de Caps, ocasionando alguns efeitos danosos para as famílias, visto que, para cumprir suas funções, principalmente após a década de 1970 com a propagação do neoliberalismo e a redescoberta da família como um importante agente de proteção social, elas necessitam de uma rede articulada de suporte social que lhes proporcione condições de vida e cidadania.

**OBJETIVOS:** Analisar o processo de desinstitucionalização trazido pela Reforma Psiquiátrica a partir da (não) construção de uma rede efetiva de serviços de base comunitária e os seus impactos sobre as condições de vida da família.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito do processo de desinstitucionalização na assistência à saúde mental e seus impactos nas funções familiares. Foi realizada revisão sistemática a partir de livros e ainda de artigos dos últimos dez anos disponíveis na base de dados SCIELO.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A reforma psiquiátrica, movimento social e político que propõe um novo modelo de assistência na área de saúde mental, preconiza a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos a estes, objetivando, assim, a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica, o asseguramento dos direitos civis, inscrito no máximo «cuidar em liberdade» e a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental. Em oposição ao modelo manicomial e de exclusão social da pessoa com transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica sugere a desinstitucionalização e o tratamento em serviços de base territorial e comunitária, buscando a reinserção da pessoa com transtorno mental em sua família e em sua comunidade. Desta forma, essa nova modalidade de tratamento reorganiza não só os serviços de saúde mental, mas também as relações e representações sociais que envolvem a pessoa com transtorno mental, a família e a sociedade. A família, a partir da década de 1970, com a propagação do neoliberalismo e a minimização da intervenção estatal, é chamada a dividir com o Estado a responsabilidade pela proteção social de seus integrantes. Paralelamente, com o processo de desinstitucionalização, a família é posta como mecanismo de extensão do tratamento, adquirindo assim novas funções no cuidado cotidiano da pessoa com transtorno mental, como administração de medicação e resolução de conflitos diários. Rosa (2008) aponta para as dificuldades desta família que, perante a escassez de recursos econômicos e assistenciais, procura suas saídas individuais, não resultando na luta pela articulação de uma rede de suporte social que dê condições de vida e cidadania. Nesse contexto, Dimenstein e Liberato (2009) afirmam que para sustentar o processo de desinstitucionalização é necessário a criação de recursos na comunidade que sirvam de suporte social, em parceria com as políticas de vários outros setores, tais como cultura, assistência social, educação, pois a falta de articulação entre os serviços destes diversos setores produz efeitos danosos, entre eles a sobrecarga familiar, a burocratização de práticas e uma rede que se retroalimenta. Tal fato, segundo Gomes (2012), aponta para um paradoxo, no qual observa-se o discurso

de valorização da família e sua importância no cuidado da pessoa com transtorno mental versus as consequências do modelo neoliberal com o impacto no desemprego, nos processos de trabalho e no afastamento do poder estatal na regulamentação das políticas sociais, somado à ausência de uma rede comunitária de suporte social, tornando, portanto, as famílias reféns desta realidade adversa.

**CONCLUSÃO:** Efetivar o processo de desinstitucionalização é ir além da reforma Psiquiátrica como uma ordem macropolítica, é investir em uma transformação cultural que não veja a loucura apenas como uma questão de saúde, enfatizando a medicalização, mas como uma questão social que necessita de “uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de geração de renda, de potencialização, dos recursos comunitários e etc” (Dimenstein e Liberato, 2009:9) e, assim, possibilitar que a família não se torne refém do adoecimento mental de um de seus membros, mas tenha condições de cumprir com as funções sociais destinadas a ela, promovendo a invenção de novas relações e sociabilidades dentro da sua comunidade.

## REFERÊNCIAS:

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Cad. Bras. Saúde Mental, v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: acesso em: setembro. 2015;

GOMES, T. B. O processo de valorização da família na política de saúde mental: beneficiária ou refém no contexto das mudanças contemporâneas? Disponível em: acesso em: setembro. 2015;

ROSA, L.C. S. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo, Cortez, 2008.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desinstitucionalização; Família; Rede; Suporte Social.



# PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO

*Lúcia de Fátima da Silva Santos*

*Juliana Evaristo Sousa*

*Jéssica Duarte Martins*

*Renata Miranda de Araújo Laet Lopes*

*Raiana Soares de Sousa Silva*

*Mayane Carneiro Alves Pereira*

*Kelson Nonato Gomes da Silva*

**INTRODUÇÃO:** O parto é um processo natural que envolve fatores biopsicológicos e socioculturais, causando um impacto emocional significativo. No século XX, o modelo hospitalar brasileiro avançou, organizando-se em rotinas e intervenções naturalizadas nos serviços de atendimento à mulher, mas provocando um isolamento social às parturientes, verificado em ações como o afastamento da família durante o trabalho de parto. Contudo, em 1980, iniciou-se um movimento para priorizar a qualidade da assistência à parturiente e desde então esforços da Rede de Humanização do Nascimento, Rede Nacional Feminista de Saúde e da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas contribuíram para que a Lei 11.108/05 fosse aprovada e sancionada. Esta lei obriga os serviços do Sistema Único de Saúde a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente desde o trabalho de parto até o pós-parto imediato. Porém, atualmente, ainda se observa a presença de obstáculos quanto a essa participação.

**OBJETIVOS:** Analisar o conhecimento, aceitação e dificuldades para implementação da Lei nº 11.108, de 7/04/2005, na percepção dos profissionais de saúde que atuam em uma maternidade pública de Teresina, Piauí.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A população do estudo foi composta por profissionais de saúde que atuam no centro obstétrico de uma maternidade pública e de ensino da cidade de Teresina-PI. Dentre esses profissionais, estão: médicos obstetras, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Este estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí sob o parecer nº 30863414.9.0000.5209. Adotou-se como critério de inclusão para os profissionais o acompanhamento direto às parturientes durante os processos de pré-parto, parto e pós-parto. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, os depoimentos gravados em meio eletrônico e posteriormente transcritos. Para análise dos dados, empregou-se o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No total, foram entrevistados sete profissionais de saúde, com tempo médio de serviço na instituição de três anos e um mês. Todos os profissionais entrevistados afirmaram conhecer a Lei nº 11.108, de 7/04/2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Todavia, alguns destacaram não conhecê-la na íntegra. Partindo da análise do conteúdo das entrevistas, observou-se que grande parte dos profissionais considera importante para a parturiente a presença do acompanhante no momento do parto, destacando que a presença do acompanhante no momento do parto contribui com apoio emocional e assistencial para a parturiente. Esta percepção da participação do acompanhante tem sua expressão comumente associada às palavras como: “ajuda”, “auxílio” e “suporte”. De acordo com Teles et al. (2010), o suporte do acompanhante durante o trabalho de parto proporciona à mulher sentimentos positivos, como a sensação de amparo, a coragem, a tranquilidade e o conforto, com conseqüente redução do medo e da ansiedade, sendo deste modo uma forma de suporte emocional que reduz a solidão e o medo em um ambiente desconhecido. Os resultados demonstraram ainda que alguns profissionais entrevistados, principalmente os médicos, pontuam com frequência a necessidade de que esses acompanhantes possuam um conhecimento mínimo sobre os fenômenos que envolvem o processo do trabalho de parto e o próprio parto. Foram comuns entre os profissionais entrevistados o relato de situações de “despreparo emocional” e “falta de informação” entre os acompanhantes. Nesses casos,

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ.

os profissionais propuseram uma capacitação pré-natal dos acompanhantes, preparando-os para possíveis situações observadas durante o trabalho do parto e parto, justificado por um dos profissionais por meio da expressão de que alguns acompanhantes “não têm noção do que é um trabalho de parto”. Em relação às dificuldades encontradas para a permanência do acompanhante na instituição, os profissionais relataram a presença de um espaço físico inadequado na sala de parto; a falta de equipamento no centro cirúrgico; a presença de enfermarias coletivas, que dificultam a presença de um acompanhante do sexo masculino, além da falta de orientação quanto aos cuidados com a paciente.

**CONCLUSÃO:** A análise da percepção dos profissionais de saúde da maternidade pública estudada sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto evidenciou que a figura do acompanhante é valorizada por alguns profissionais, tendo em vista alguns benefícios proporcionados para a mulher, tais como o apoio emocional e assistencial. Entretanto, notou-se também que os entrevistados entendem a presença do acompanhante na sala de parto não como um direito, mas como algo que demandaria uma preparação anterior e conhecimentos mínimos sobre o trabalho de parto, contribuindo deste modo que o mesmo não prejudique a assistência ofertada. Assim, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de aprofundar as discussões sobre a percepção relativa à figura do acompanhante no processo do parto e nascimento, além da realização de futuras pesquisas com maior extensão do tempo de coleta de dados e também com a inclusão de outros atores envolvidos no cenário do trabalho de parto.

## REFERÊNCIAS:

GONZALEZ, A.D.; FERNANDES, E.S.; SILVA, E.F.; RABELO, M.; SOUZA, S.R.R.K. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. *Cogitare Enferm.*, v.17, n.2, p. 310-314, Abr-Jun. 2012. Disponível em: acesso em: 4 jul. 2015.;

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS, L.M.S.; BARBOSA, M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, v.12, n. 2, p. 386-391, 2010. Disponível em: acesso em: 4 jul. 2015. ;

NAKANO, A.M.S.; SILVA, L.A.; BELEZA, A.C.S.; STEFANELLO, J.; GOMES, F.A. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta paul. enferm.*, v.20, n.2, p. 131-137, 2007. Disponível em: acesso em: 16 mai. 2015.;

TELES, L.M.R.; AMÉRICO, C.F.; PITOMBEIRA, H.C.S.; FREITAS, L.V.; DAMASCENO, A.K.C. Delivery accompanied in the perspective from who has experience. *Rev Enferm UFPE on line.*, v.4, n.2, p. 498-503, 2010. Disponível em: acesso em: 28 ago. 2015.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Prática Profissional.



# ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI

*Anne de Aguiar Sampaio*

*Ana Patrícia de Oliveira*

*Gracyanne Maria Oliveira Machado*

*Hercilio de Sousa Miranda*

*Natânia Candeira dos Santos*

*Vanessa Meneses de Brito*

*Yuri Dias Macedo Campelo*

**INTRODUÇÃO:** O Câncer do Colo de Útero (CCU) é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte no Brasil, tendo como principal causa a infecção persistente de alguns tipos oncogênicos do vírus HPV, que é sexualmente transmitido (INCA, 2014). A prevalência dessa patologia no Brasil ainda é muito alta quando comparada as outras neoplasias malignas, podendo ser facilmente evitada devido às possibilidades de detecção precoce através do exame de Papanicolaou, que é feito rotineiramente nas Estratégias de Saúde da Família, tendo praticamente 100% de cura quando tratada no início (Brandão, 2011). Por conta disso, um maior investimento preventivo deve ser feito, pois a cobertura do exame ainda é muito baixa. Também é de grande importância conhecer os principais fatores de riscos desta neoplasia na população feminina a fim de que estes sejam minimizados.

**OBJETIVOS:** Avaliar e conhecer os fatores de risco e as práticas preventivas para o câncer uterino realizadas por mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Parnaíba-PI.

**MÉTODOS:** O presente estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde módulo 31 Broder Viller, no período de novembro de 2014, no município de Parnaíba-PI, localizado na região norte do estado do Piauí. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos através das respostas do questionário. Esses dados foram tabulados, dispostos em gráficos e tabelas e discutidos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As usuárias da UBS da cidade de Parnaíba estavam entre a faixa etária de 25 a 64 anos, sendo que a maioria tinha entre 30 e 34 anos (24%), e em menor porcentagem com 4% as mulheres de 25 a 29 anos e 45 a 49 anos. É importante ressaltar que a maioria das mulheres entrevistadas estava na faixa etária de maior ocorrência das lesões de alto grau (30 a 39). Com relação ao nível de escolaridade, 37% não tinham concluído o ensino fundamental, 25% referiram ter concluído o ensino fundamental e 17% concluíram o ensino médio, em que 13% da amostra eram analfabetas. Sabe-se que o baixo grau de escolaridade pode dificultar a compreensão das usuárias quanto às orientações de saúde que são oferecidas, aumentando a falta de adesão ao exame preventivo do colo de útero (Lima; Palmeira; Cipolloti, 2006). Constatou-se que, quanto ao número de gestação, 58% das mulheres relataram ter entre 1 e 3 gestações, 4% tiveram entre 8 e 12 e 38% entre 4 e 7 gestações. No que se refere ao início da atividade sexual, observou-se que 17% tiveram sua primeira relação sexual entre os 10 e 15 anos de idade, 43% referiram que iniciaram as atividades sexuais entre 16 e 20 anos, 29% acima dos 20 anos e 12% mencionaram não se lembrar. O MS considera que o início da atividade sexual precoce é um fator de risco para o CCU, diante do fato que o epitélio cervical das adolescentes ainda apresenta uma vulnerabilidade significativa em relação aos fatores carcinógenos (BRASIL, 2002). Em relação aos outros fatores de risco, o fumo, 83% relataram não fumarem; quanto ao uso de contraceptivos orais, 92% afirmam não fazerem uso desse medicamento. Referente à quantidade de parceiros sexuais na sua trajetória de vida, 76% das usuárias relataram possuir apenas um parceiro fixo, 12% referiram que tiveram apenas dois e 12% disseram que tinham mais de dois parceiros sexuais. Levando em consideração os aspectos interligados à infecção pelo HPV, podemos ressaltar inúmeros fatores de riscos associados à imunidade, genética, comportamento sexual e a multiplicidade de parceiros. O uso de contraceptivos orais está associado à prevalência dessa infecção e sua classificação de alto risco encontra-se nos tipos 16 e

1 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU-CAMPUS PARNAÍBA - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA-CE - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ-UESPI - 6 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU CAMPUS PARNAÍBA - 7 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU-CAMPUS PARNAÍBA.

18, principalmente presentes em 70% dos casos de CCU (Brasil, 2006; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2002). Quanto às atitudes preventivas das mulheres em relação ao câncer do colo de útero, percebeu-se que 33% destas não realizam nenhum tipo de prevenção, nem sabem como se prevenir. Todavia mais da metade (67%) afirma que realiza medidas preventivas. Quando questionadas sobre realização do exame preventivo do Papanicolaou, mais da metade (83%) das entrevistadas relatou realizar o exame de prevenção, e destas 20% realizaram nesse ano, 30% há um ano, 20% há 2 anos, 25% há mais de 3 anos e as demais não lembram a última realização do exame. **CONCLUSÃO:** Desse modo, notamos a importância da intensificação e promoção em educação em saúde a respeito do CCU nas mulheres atendidas em uma UBS da cidade de Parnaíba para que essas mulheres possam conhecer essa patologia a fim de aderirem ao exame preventivo de maneira regular visando a uma detecção precoce dessa neoplasia, visto que algumas destas apresentam um ou mais fatores de risco.

## REFERÊNCIAS:

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer do Colo do Útero: detecção precoce. [Online], 2014. Disponível em: acesso em 20 Ago. 2015;

BRANDÃO, Camila Flávia Franco. Enfermagem. – São Paulo: DCL, 2011.;

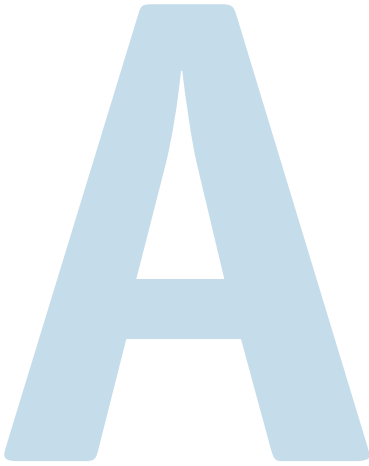
LIMA A.L.; PALMEIRA J.A.V.; CIPOLLITI R. Fatores associados ao câncer de colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 10, p. 2151-156, 2006.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre Câncer do Colo do Útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. ;

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Papilomavírus Humano (HPV): Diagnóstico e Tratamento. 2002.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer de Colo de Útero; Fatores de Risco; Prevenção; Papanicolaou.





# A ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO EM SAÚDE DAETSUS-CE SOB A PERSPECTIVA DO DOCENTE

*Francélia Maria Almeida Sa*

*Débora Barros Bastos*

*Josonilton Costa Moraes Rêgo*

*Roberta Diniz Nogueira Ribeiro*

*Jeová da Costa Oliveira*

**INTRODUÇÃO:** Tanto a lei n.º 10.507/2002, que regulamentou a profissão do Agente Comunitário de Saúde, como posterior a lei de n.º 11.350/2006, que a revogou, ao elencarem dentre os requisitos mínimos para o exercício da profissão de ACS a necessidade do mesmo ter concluído com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada, demandou inúmeras discussões sobre o perfil de formação desse trabalhador, bem como a necessidade de uma formação específica e formal para o mesmo (CEARÁ, 2013). Nesta perspectiva e em consonância também com as novas propostas curriculares, que desde a década de 90 foram inseridas nas políticas educacionais brasileiras, principalmente, nas elencadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) vem desde 2005 construindo a formação técnica do ACS com uma proposta curricular norteada na abordagem por competências.

**OBJETIVOS:** Apresentar, a partir do olhar da docência, algumas reflexões sobre a proposta curricular do Curso Técnico de Agente comunitário de Saúde (CTACS), desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), considerando não só o contexto em que foi configurado mas também através do qual expressa suas práticas educativas.

**MÉTODOS:** Estudo de cunho bibliográfico, descritivo, centrado na abordagem qualitativa, ou seja, que tem como intento entre outros elementos a: “[...] compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos; processos históricos e sociais [...]” (MINAYO, 2010, P.23), e como pano de fundo a proposta curricular da Etapa Formativa I, do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará, desenvolvida no período de 2005 a 2014, e se estruturou a partir de uma prática metodológica reflexiva e problematizadora dos atores, que nesse período atuaram como docente da referida formação.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao se proceder a análise do Guia do Curso (CEARÁ, 2013) em questão nos foi possível aferir que a organização da estrutura curricular segue o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) por meio das Diretrizes contidas na proposta de formação do Agente Comunitário de Saúde. É uma proposta curricular que tem como eixo a concepção pedagógica da Educação Permanente, com ênfase nas seguintes influências (CEARÁ, 2013): Epistemológicas: posição empirista, tendo como pressupostos as ideias de Bordenave (A participação como caminho de expressão de saberes e experiências possibilita a construção de novos saberes e realização do potencial humano.); Freire (A aprendizagem acontece mediada pela comunicação.); Leontiev (A atividade humana só adquire sentido pessoal para o sujeito quando mediada pelos instrumentos da cultura.); Vygotsky (A consciência só se desenvolve mediante a participação na atividade social prática.); e Wallon (A informação associada à afetividade e à emoção permite construir novos comportamentos); Pedagógicas: Crítica Social dos Conteúdos (Demerval Saviani e Libâneo); Psicológicas: Histórico Cultural (O processo de desenvolvimento e aprendizagem humano é essencialmente social.) e Cognitivo. O desenho proposto remete à incorporação dos eixos estruturantes da prática profissional do educando, refletindo, desta forma, a transversalidade entre as competências. Contempla a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e, ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas. Os objetivos de aprendizagem foram agrupados em temáticas e incluem diversos assuntos-chaves que correspondem a conhecimentos de diversos campos do saber. A organização e apresentação estruturada, não só dos conteúdos, como também de informações (conhecimentos) que permitem ao aprendiz internalizar, organizar e estruturar esses conhecimentos de forma eficaz visando a sua utilização posterior, demonstra a preocupação dos

organizadores em trabalhar um currículo integrado, onde, através dos conteúdos trabalhados, o educando por sucessivas aproximações busca compreender os problemas identificados, intervindo na realidade. Cada assunto-chave e sua correspondente rede de conhecimentos teóricos e práticos encontram-se interligados a uma unidade de ensino-aprendizagem, por conseguinte, esta se define como uma estrutura pedagógica dinâmica, orientada por determinados objetivos de aprendizagem, em função de um conjunto articulado de conteúdos e sistematizada por uma metodologia didática. Cada unidade guarda certa autonomia com respeito às demais, porém, ao mesmo tempo, encontram-se articuladas com as outras com vistas à totalização das áreas de atribuições e do perfil profissional, do educando que se encontra em formação.

**CONCLUSÃO:** As reflexões elencadas acima permitem aferir que a proposta curricular em questão foi elaborada visando contemplar as competências profissionais necessárias para o ACS desempenhar o seu papel e no sentido de construir uma relação com o saber menos pautada em uma hierarquia baseada no saber erudito descontextualizado (PERRENOUD, 2000), visto que os conhecimentos sempre se ancoram, em última análise, na ação; trata-se de um currículo cujos conhecimentos, segundo o pensamento de Ropé (2002), passam a ser definidos em termos da identificação com a ação que deve ser realizada pelo aluno, de modo que o que os mesmos saibam fazer venha substituir a exigência de que eles saibam, passando de uma lógica do saber àquela do *savoir-faire* (REY, 2002).

## REFERÊNCIAS:

CEARÁ. Guia do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado, 2013.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde: área profissional saúde. Brasília. 2004. ;

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, (p.23).;

PERRENOUD, Philippe. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000. ;

REY, Bernard. As competências transversais em questão. Porto Alegre: Artmed, 2002.;

ROPÉ, Françoise, TANGUY, Lucie (Orgs.). Saberes e competências: o uso de tais noções na empresa e na escola. Campinas: Papyrus, 2002.

**PALAVRAS-CHAVE:** Agente Comunitário de Saúde; Proposta Curricular; Currículo Integrado; Educação Permanente.



# VIOLÊNCIA URBANA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, NORDESTE BRASILEIRO

*Edenubia Pereira Felix*

*Andrea Caprara*

*Joana Nobre*

*Lucimar Bóh Barbosa*

*Valniza Araújo*

*Valdicleibe Lira de Amorim*

**INTRODUÇÃO:** A violência urbana é uma realidade epidêmica na maioria das grandes cidades do Brasil com mais de meio milhão de habitantes. A região Nordeste teve o maior Índice Homicídio Ano, em 2012. E o Ceará foi o terceiro estado nordestino com maior índice cuja capital Fortaleza liderou a lista nordestina. Tal situação interfere em vários aspectos da saúde da população, inclusive no controle da dengue, evidenciando, assim, a importância da participação popular no seu controle.

**OBJETIVOS:** Analisar as repercussões da violência urbana no cotidiano do controle da dengue a partir da realidade de dois bairros do município de Fortaleza, capital do Ceará, Nordeste brasileiro.

**MÉTODOS:** Pesquisa descritiva e documental com abordagem qualitativa, dentro de um marco conceitual da pesquisa multicêntrica eco-biosocial sobre dengue e doença de Chagas na América Latina e no Caribe, realizada em bairros de Fortaleza, Ceará, no período de 2011-2013. Foram selecionados dois bairros para o estudo atual, locais com alto índice de violência. Para a coleta de dados, utilizou-se dos diários de campo, relatórios de pesquisa e das entrevistas com o agente de endemias e moradores. Na organização e análise dos dados, tomou-se como base a metodologia da análise de conteúdo, enfatizando a questão da violência e seu impacto nas ações de controle da dengue.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Observou-se que a violência sobrepõe o interesse da população à saúde no caso da dengue, posto os altos índices de criminalidade, a inserção das drogas e seus desdobramentos, assim como relatos de assaltos dos instrumentos de trabalho e fardamentos dos profissionais de endemias, no cenário estudado. Percebeu-se que essas questões atuam como situações-limite no cotidiano do trabalho desses agentes, dificultando o acesso às casas e a mobilização social para organização comunitária no controle da dengue. Assim, a violência interfere na organização social em prol da saúde coletiva e possui uma ligação direta com a questão da desigualdade social e com a inadequação das políticas públicas.

**CONCLUSÃO:** Na concepção atual da saúde, a segurança é um fator importante para alcançar um ambiente saudável. Neste estudo, a violência foi um dos entraves para o controle da dengue e, ao mesmo tempo, está presente nos determinantes da doença. A forma de organização social da população e a privação de um ambiente seguro distanciam as pessoas da participação social no controle da dengue, sendo necessário promover ?

## REFERÊNCIAS:

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.;

Prefeitura de Fortaleza. Acesso em: 03/09/2014.;

Cartilha da Regional II, 2011 - Uma publicação do Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE, Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC. Acesso em 03/09/2014.;

PONTES, R. J. S.; NASCIMENTO, O. J. Informe Epidemiológico: Dengue, Ano I, número 1, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2006.;

AMARTYA, MAHBUB. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 1993. Acesso em: 03/09/2014.;

Fonte(s) de financiamento: UNICEF/IDRC & UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR).

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência; Dengue; Urbana; Participação Social.

# U

## USO DE METODOLOGIAS ATIVAS EM ENCONTRO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Maria Valdete de Lima*

*Eduardo Carvalho de Souza*

*Eudóxia Ianni Lima Verde da Silva*

*Samyra Gomes de Moura*

*William Mendes*

*Mailson Fontes de Carvalho*

**INTRODUÇÃO:** A Educação Permanente em Saúde (EPS) precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho (CECCIM; FERLA, 2015). Como estratégia de garantir a EPS, o município de Ipiranga do Piauí realiza encontros de qualificação da atenção básica, que são momentos de aprimorar os conhecimentos e com isso melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais do município. Para que se alcance o objetivo são usadas metodologias ativas para facilitar a aprendizagem, principalmente baseada na problematização.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência do uso de metodologias ativas baseadas na problematização em encontro de qualificação da Atenção Básica à Saúde.

**MÉTODOS:** Trata-se de estudo caracterizado como descritivo com abordagem qualitativa. É qualitativo por se tratar de um nível de realidade que não é passível de mensuração, uma vez que é da ordem dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010). Já as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população (GIL, 2010). Sobre os eventos: os encontros de qualificação da atenção básica acontecem sempre no início de cada ano. A comissão organizadora durante o planejamento faz uma reflexão/avaliação das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais no ano anterior para a partir das conclusões idealizar as atividades. Para a realização destas, procura-se utilizar a problematização, realizar dinâmicas, desenvolver trabalhos em grupos e debates.

**RESULTADOS:** Depois que se implantaram os encontros de qualificação, percebeu-se uma melhora na qualidade dos serviços, não só através de pesquisa de satisfação, como também através da melhoria dos indicadores. Os referidos encontros proporcionam uma ampla discussão sobre o processo de trabalho e sobre as condutas dos profissionais na execução de suas atividades diárias. Quanto à abordagem metodológica para facilitar o processo de ensino-aprendizagem, deve-se enfatizar que proporcionar a aprendizagem de adultos não é fácil, é um desafio, e que os condutores das ações devem estar preparados para superar os obstáculos que possam atrapalhar esse processo o com público-alvo (AQUINO, 2007).

**ANÁLISE CRÍTICA:** Contribuições/implicações para as metodologias participativas nas ciências da saúde: as metodologias participativas contribuem para o desenvolvimento de ações educativas nas ciências da saúde e observa-se que há uma maior utilização destas no processo de formação em saúde, isso por conta dos resultados positivos obtidos através da aplicação desses métodos.

**CONCLUSÃO:** Realizar Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica é sempre instigante, pois a mesma é muito dinâmica, sempre existem novidades, programas novos a serem implantados e mudanças na epidemiologia, não só a nível municipal, como estadual e nacional. As metodologias ativas são de fundamental importância e evidencia-se que a utilização destas abordagens é eficaz com os profissionais, desde o fato de prenderem mais a atenção até uma participação mais expressiva. Sabe-se que a educação de adultos deve ser bem planejada, levando em consideração o conhecimento prévio e as experiências vividas.

## REFERÊNCIAS:

AQUINO, C. E. T. Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem. 1 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.;

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. 2009. Disponível em: acessado em: 28 de abril de 2015.;

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010;

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2010.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualificação; Atenção Básica à Saúde; Educação em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Saúde Pública.



# DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA, NORDESTE BRASILEIRO

*Edenubia Pereira Felix*

*Andrea Caprara*

*Karine Correia Coelho Schuster*

*Letícia de Araújo Almeida*

*Márcia Shirley Meneses*

*Valdicleibe Lira de Amorim*

*Maria Sônia Lima Nogueira*

**INTRODUÇÃO:** O Hospital Infantil Albert Sabin é um órgão da administração pública estadual, subordinado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, hospital público, que tem como missão “prestar assistência terciária à criança e ao adolescente, de forma segura e humanizada, sendo instituição de ensino e pesquisa”. É responsável pelo cuidado de crianças, as quais chegam de diversas cidades do estado do Ceará e também de estados vizinhos em busca de tratamento em várias especialidades na cidade de Fortaleza. O hospital está regido por valores como ética, humanização, compromisso, participação, valorização profissional, eficiência e credibilidade. O hospital tem como visão de futuro ser excelência internacional pediátrica em assistência quaternária, ensino e pesquisa, com responsabilidade socioambiental. Foi inaugurado em 26 de dezembro de 1952. Um hospital de grande importância em Fortaleza para o atendimento do público infantil usuário do sistema único de Saúde - SUS.

**OBJETIVOS:** Compreender a visão dos funcionários quanto ao atendimento prestado aos usuários, assim como os direitos que os competem enquanto cidadãos brasileiros.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Neste estudo, adotou-se a pesquisa qualitativa (BOGDAN, BIKLEN, 1982). A pesquisa qualitativa trabalha com dados subjetivos, crenças, valores, opiniões, fenômenos, hábitos. A entrevista gravada e depois transcrita sem a identificação dos participantes, com questões abertas, foi realizada com os profissionais do Hospital Albert Sabin em 17/04/2015, às 20 h. No momento estavam presentes os auxiliares de enfermagem, a enfermeira do setor e a pessoa que faz limpeza, somando um total de 06(seis) pessoas.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Podemos observar nas falas dos profissionais que respondiam às seguintes indagações: O que vocês pensam sobre o direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade? – Não existe direito à saúde. Não existe garantia de acesso, é complicado. Qualidade pior, às vezes não tem médicos, remédios, se solicita exames e não faz. O paciente morre e não existe, né? Não é só aqui. Chega e não tem médico, remédio, nem medicação. - Crianças na emergência? - A criança vem encaminhada dos ambulatórios, dos especialistas. A mãe fica o dia todo esperando. Uma mãe vai ser atendida, mas não vai ter rapidez no atendimento. Não precisa vir de outro posto. Fica na emergência. - Seu trabalho é de qualidade? - Com certeza, sim. As mães estão com crianças internadas, mas o pediatra não vem. A mãe fica desgostosa. Mas quando o médico chega ela não fala nada. Ela descarrega nos enfermeiros e técnicos. - O atendimento é bom? - Queixas do atendimento, qualidade no atendimento, às vezes as mães com crianças internadas aguardam neurologista e no hospital não tem, as mães não reclamam com os médicos e sim com os enfermeiros e técnicos. - Diferenças entre os hospitais particulares e públicos? - A diferença é dos médicos. Aqui às vezes não tem médico, como a neurologia. Os especialistas quando o cliente está internado. - Estrutura física do hospital ajuda? Influencia no trabalho? - Sim, ajuda. - O que precisa fazer para melhorar a saúde? - Começando pelo salário, né? Tá defasado. O pessoal da cooperativa está trabalhando muito porque estão precisando. O hospital também precisa deles. Não existe valorização do profissional da saúde. O governador antigo diz que se passar mal vai para o HGF, mas chega de helicóptero, não pega fila, os médicos vão em cima dele. Quero ver é pegar fila. Deve fazer concurso. O pessoal das cooperativas está sem receber a não sei quantos meses. - Tanta gente que quer trabalhar na área da saúde e não tem emprego. Se existe escala extra é porque o hospital tem necessidade deles, né?

**CONCLUSÃO:** De modo geral, percebe-se que a insatisfação com a forma em que a saúde está sendo vivenciada não é apenas por parte dos usuários, mas também pelos trabalhadores de base, que realizam os procedimentos mais próximos aos pacientes.

Essa insatisfação deve-se principalmente pelo vínculo trabalhista precário, ausência de garantias trabalhistas, cooperativas como intermediárias e baixos salários. O excesso de demanda e ausência de médicos aumentam a insatisfação da população, a qual expõe toda a sua insatisfação nesses trabalhadores que estão em contato direto com eles. Este fato aumenta a angústia dos trabalhadores, que por sua submissão pouco podem fazer. A grande maioria da população tem dificuldade em conseguir atendimento médico especializado.

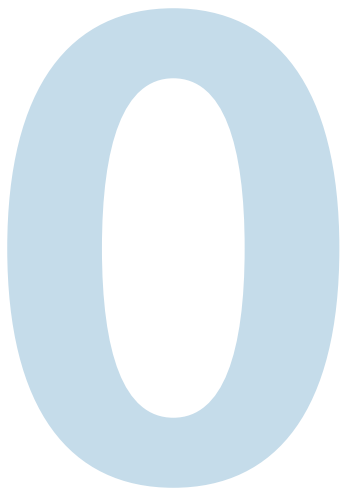
## **REFERÊNCIAS:**

[www.hias.ce.gov.br](http://www.hias.ce.gov.br), acessado em 17/04/2015 às 19h.;

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora, 1982.;

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atendimento; População; Criança.



# O TRABALHO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR À LUZ DA FENOMENOLOGIA-HERMENÊUTICA: PENSANDO OBINÔMIO SAÚDE-DOENÇA PARA ALÉM DO BIOLÓGICO

*Luanny Tomaz Brito*

**INTRODUÇÃO:** A passagem do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, ocorrida durante a Segunda Revolução da Saúde, buscou reavaliar os modos de conceber saúde e doença, além de representar uma tentativa de quebra do paradigma cartesiano, de enfoque causalístico e biologizante, pautado “na abordagem do corpo, da doença e da dor como fenômenos físicos que merecem intervenção direta, pragmática e que são passíveis de correção” (Ribeiro, 2007, p. 159). Tal mudança permitiu ao psicólogo sua inserção na equipe de saúde hospitalar, na medida em que passou a se considerar também os comportamentos humanos e seu contexto social como determinantes em diversas patologias, exigindo, assim, uma visão mais complexa acerca da questão. Todavia, não obstante às conquistas possibilitadas por esse processo, como os programas de humanização e a ampliação da atenção à saúde, torna-se importante refletir acerca desta questão: o mecanicismo/reduccionismo nas práticas de saúde foi realmente superado?

**OBJETIVOS:** Relatar as experiências vivenciadas por um psicólogo na enfermaria pediátrica de um hospital universitário, buscando analisar de maneira crítica as práticas de saúde observadas, além de refletir acerca da importância do trabalho da Psicologia no âmbito hospitalar, à luz da Fenomenologia-Hermenêutica.

**MÉTODOS:** Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir do trabalho desenvolvido em enfermaria pediátrica de um hospital universitário, no período de 2012 a 2014. Para tanto, partiu-se da análise das diversas práticas de saúde observadas durante o acompanhamento dos pacientes, e da compreensão da importância do trabalho do Psicólogo, à luz da Fenomenologia-Hermenêutica, tomando como base os seguintes autores: Martin Heidegger (2009) e Hans-Georg Gadamer (2011).

**RESULTADOS:** A partir das experiências vivenciadas, foi possível constatar que o paradigma biomédico continua imperando no discurso científico e, conseqüentemente, nas práticas de saúde. Nesse sentido, a maioria dos profissionais acaba por apresentar uma visão fragmentada do paciente, conduzindo suas práticas de forma impositiva e autoritária. O modelo biomédico, ao associar a doença à lesão, a partir da confirmação de uma evidência orgânica, reduz o binômio saúde-doença à sua dimensão biológica, excluindo os demais âmbitos da existência humana. Ocorre que, algumas vezes, os profissionais se deparam com situações de adoecimento em que não existe uma relação entre sintoma e lesão orgânica. Nestes casos, observou-se as inquietações vivenciadas pela equipe e a sua dificuldade em conseguir acolher e atender o paciente de forma integral, considerando a sua subjetividade. Outras situações dentro do âmbito hospitalar são costumeiras: pacientes que desconhecem seu diagnóstico e não são questionados sobre sua opinião acerca do tratamento; avaliações em leito realizadas por diversos estagiários à revelia do paciente; falta de diálogo entre a equipe, o paciente e a família; dentre outras. Nesse sentido, Anéas e Ayres (2011) situam dentro do campo do cuidado em saúde um empobrecimento do aspecto relacional, havendo uma valorização da objetividade em detrimento da subjetividade, na medida em que não se considera que o conhecimento científico deveria estar a serviço das necessidades humanas.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Embora atualmente se preconize um modelo que considera os aspectos biopsicossociais do indivíduo, percebe-se que este campo ainda capenga na predominância do paradigma biomédico, refletindo a dificuldade por parte dos profissionais em lidar com os aspectos subjetivos do paciente, que, por conseguinte, resulta em práticas “desumanizadas” e “reducionistas”. Heidegger (2009), em oposição a esse modelo, denunciou o abismo que se estabeleceu entre a metodologia



científico-natural e a compreensão do ser homem em sua totalidade. Inaugura, assim, uma compreensão de homem mais ampla, a partir daquilo que considera questão central para a existência humana, o sentido do ser. Assim, se no modelo biomédico a doença é entendida a partir dos órgãos fisiológicos, quando se considera o homem em sua totalidade, entende-se que sua vida se dá na dinâmica de ser em um mundo do qual não pode se dissociar. De certa maneira, pode-se dizer que viver é exercer o seu caráter de poder-ser no mundo e a doença, por conseguinte, é uma perda de liberdade, uma limitação da possibilidade de viver (Heidegger, 2009). Gadamer, em sua obra "O caráter oculto da saúde" (2011), traz, entre outras questões, reflexões relacionadas aos aspectos sociais do adoecimento e à importância do diálogo entre médico e paciente. Considerando o adoecimento como um processo histórico e social, a intervenção deve buscar recuperar o equilíbrio perdido não apenas do ponto de vista biológico, mas também da situação de vida.

**CONCLUSÃO:** Diante de tantas incongruências e dos prejuízos que estas refletem no cuidado em saúde, percebe-se a importância de reconhecer a dimensão humana em sua totalidade e de valorizar as relações interpessoais. Considerar a dimensão humana em sua totalidade é, pois, conseguir reconhecer a ideia de que o adoecimento não está relacionado unicamente aos aspectos biológicos do homem, visto que o homem não é apenas um corpo, é um sujeito que fala, que se relaciona, que possui consciência de sua história. Isto implica, por sua vez, a importância do trabalho psicológico no âmbito hospitalar, em especial à luz da Hermenêutica-Fenomenológica: necessidade de um espaço terapêutico que extrapole o objetivismo e as generalidades do modelo biomédico; que se assente na relevância do diálogo entre os atores envolvidos; que fomente um olhar para além do sintoma físico; que respeite a singularidade da experiência de cada sujeito; que considere como fundamental nas práticas de saúde não a doença, mas a saúde.

## REFERÊNCIAS:

ANEAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface* [online], v.15, n.38, pp. 651-662, 2011.;

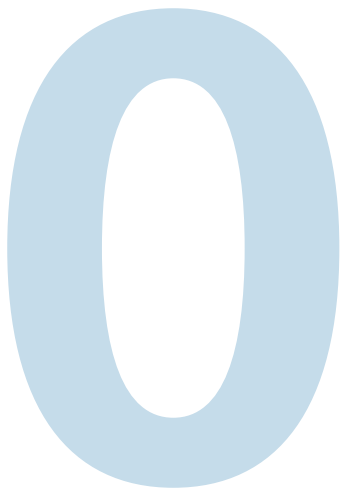
GADAMER, Hans-Georg. O caráter oculto da saúde. Tradução de Antônio Luz Costa. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.;

HEIDEGGER, Martin. Seminários de Zollikon. Tradução de Gabriela Arnhold e Maria Prado. Petrópolis: Vozes;

Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009.;

RIBEIRO, Elizabeth da Costa. A questão da psicossomática à luz da fenomenologia-existencial e da abordagem gestáltica. *Revista IGT na Rede* [online], v. 4, n. 7, p. 158-166, 2007.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicologia Hospitalar; Práticas de Saúde; Fenomenologia-Hermenêutica.



## O CIRURGIÃO-DENTISTA NA CAPACITAÇÃO DA HIGIENE BUCAL DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE DANDY-WALKER TRAQUEOSTOMIZADA EM VENTILAÇÃO POR BIPAP

*José Pereira Leal*

*Alessandra Nolêto de A. N. Lima*

*Regina Ferraz Mendes*

*Raimundo Rosendo Prado Júnior*

**INTRODUÇÃO:** A deficiência na higiene oral de pacientes internados no hospital é frequente, podendo causar periodontites, gengivites, otites, rinofaringites e xerostomia, além de potencializar focos de infecção nosocomial (SANTOS, 2008). A escovação faz a desagregação e a remoção de depósitos microbianos, promovendo a integridade dos tecidos bucais (FERREIRA, 2009). Na impossibilidade da higiene bucal por método convencional, a antissepsia passa a ser a forma indicada para o controle do biofilme bucal, sendo a clorexidina um dos antimicrobianos mais potentes, e utilizada como padrão em relação a outros agentes antimicrobianos para antissepsia bucal (HORTENSE et al, 2010). A Síndrome de Dandy-Walker é caracterizada por hipoplasia do vermis cerebelar, dilatação do quarto ventrículo e alargamento da fossa posterior do crânio (AL-TURKISTANI, 2014).

**OBJETIVOS:** O cirurgião-dentista na capacitação da higiene bucal de criança com síndrome de Dandy-Walker traqueostomizada em ventilação por BiPAP.

**MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido através da assistência odontológica a uma criança institucionalizada em hospital de grande porte de Teresina-PI, no período de maio de 2015. As intervenções foram com criança com diagnóstico de síndrome de Dandy-Walker em processo de adaptação para o retorno à residência após três anos de hospitalização. Foram executadas escovação e antissepsia com clorexidina. A terapêutica foi realizada com paciente traqueostomizado e em suporte ventilatório por BiPAP, requerendo a remoção da secreção orofaríngea antes, durante e após a higiene oral. A limitação de abertura bucal e a falta de compreensão da criança devido à síndrome fora controlada com uso de abridor bucal. A mãe aprendeu a identificar o biofilme e a executar a técnica de higiene bucal apropriada ao paciente, bem como a manter a boca dele aberta e a realizar a antissepsia com clorexidina 0,12% em solução aquosa na vigência de trauma lingual por mordida traumática.

**RESULTADOS:** A mãe foi treinada por demonstração, execução e ajuste na técnica de escovação do paciente, assegurando a higiene bucal capaz de promover saúde bucal da criança traqueostomizada e em ventilação por BiPAP. A secreção acumulada na orofaringe deve ser removida antes de movimentar a crianças, antes, durante e após as realizações de higiene bucal visando à prevenção de broncoaspiração. Condição clínica que se associa à pneumonia nosocomial. A dificuldade em manter a abertura de boca foi descrita pela mãe como limitante da higienização. Os traumas por mordidas dos dedos da cuidadora, durante a escovação, foram identificados e resolvidos com o uso de abridor de boca interposto ente as arcadas superior e inferior durante a escovação. A importância de controlar o biofilme foi uma medida usada na sensibilização da mãe para a prevenção de doenças bucais e promoção de saúde do paciente.

**ANÁLISE CRÍTICA:** A remoção do biofilme bacteriano com uso de métodos mecânicos, escovação com dentífrício e uso do fio dental, é o principal mecanismo de prevenção das patologias mais frequentes na boca, as doenças cárie e periodontal. A realização destes métodos requer habilidade motora, dedicação e técnica apropriada capaz de desorganizar o biofilme bacteriano aderido às estruturas que compõem a boca. O exercício seguro da prática de higiene pela mãe fora alcançado pelo reconhecimento do biofilme bucal pela cuidadora, bem como o significado dele na manutenção da saúde bucal da criança e da interferência na saúde geral como mecanismo de prevenção de agravos pela aspiração de secreção orofaríngeas colonizada por patógenos. O domínio do manuseio do abridor de boca associado à higiene bucal configurou com facilitador no exercício da mãe

e no alcance de todas as áreas da boca da criança, bem como a promoção de biossegurança e na preservação dele pelo bloqueio com o contato com a saliva da criança. A execução segura permitiu o conhecimento sobre posição no leito, sucção segura de secreção orofaríngea, uso de fio dental, remoção mecânica do biofilme bacteriano por escovação, reconhecimento do uso de antisséptico bucal, promoção de saúde e preservação das estruturas do sistema estomatognático.

**CONCLUSÃO:** A higiene bucal com qualidade contribui na preservação do sistema estomatognático e na prevenção de agravos associados à colonização do biofilme bacterianos por remover patógenos multirresistentes ou por agir quimicamente sobre os micróbios, permitindo controle de agravos e melhores condições de vida de pacientes internados. O domínio na técnica de higiene pelo cuidador representa um importante requisito para o controle do biofilme e permanência da qualidade de saúde da criança no domicílio.

## REFERÊNCIAS:

AL-TURKISTANI H.K. Dandy-Walker syndrome. Journal of Taibah University Medical Sciences, v.9, p,209-212, 2014.;

FERREIRA, D. L. A. Contagem de Streptococcus mutans, Streptococcus sobrinus e Lactobacillus spp e avaliação da atividade antagonista da microbiota em portadores de síndrome de down. 2009. 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde)- Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.;

HORTENSE, S. R. et al. Uso de clorexidina como agente preventivo e terapêutico na odontologia. Rev Odont Univ São Paulo, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 178-184, mai- agost. 2010.;

SANTOS, P. S. S. et al. O uso de solução bucal com sistema enzimático em paciente totalmente dependente de cuidados em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva, São Paulo, v. 20,n. 2, p. 154-159, abr jun. 2008.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Dandy-Walker; Higiene Bucal; Escovação; Síntissepse.



## RUÍDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: REPERCUSSÕES PARA SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E USUÁRIOS

*Ana Livia Castelo Branco de Oliveira*

*Márcia Astrês Fernandes*

*Myrna Mayra Bezerra*

*Luciane dos Anjos Formiga Cabral*

*Francisca Fabiana Fernandes Lima*

*Nadyelle Elias Santos Alencar*

*Christiano Neiva Santos Barbosa*

**INTRODUÇÃO:** O crescente avanço tecnológico é responsável pelo advento de novos equipamentos utilizados na monitorização dos parâmetros fisiológicos dos pacientes e isto contribui para a qualificação da assistência em Saúde, oferecendo melhores condições para a detecção de agravos e recuperação. Contudo, há o aumento do nível de ruídos produzidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Em geral, provém de monitores, ventiladores mecânicos, bombas de infusão, saídas de ar comprimido e de oxigênio, computadores, impressoras, além das conversações entre os funcionários e, em alguns casos, pelos clientes, principalmente em situações clínicas de desorientação. Neste sentido, o controle do ruído em hospitais é considerado uma preocupação, tendo em vista que na terapia intensiva é um agente capaz de afetar a saúde do cliente, podendo até mesmo dificultar sua recuperação, assim como interfere na Saúde do Trabalhador pela exposição a este risco cotidianamente.

**OBJETIVOS:** O presente estudo objetiva descrever as principais fontes geradoras de ruídos na UTI, discutir os efeitos decorrentes da exposição contínua dos trabalhadores de saúde e pacientes a esses agentes sonoros, bem como explanar sobre as principais intervenções que o profissional enfermeiro pode realizar com vistas a aliviar os efeitos dos ruídos no ambiente de UTI.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir da seleção de artigos científicos encontrados nas bases de dados: MedLine, LILACS e SciElo. Foram selecionados vinte artigos sobre a temática, publicados no período de 2007 a 2012, usando-se os descritores cadastrados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde): “Ruído”; “Paciente”; “Enfermagem” e “Unidades de Terapia Intensiva”. Realizou-se a leitura e análise do material a fim de selecionar somente os estudos em português, espanhol ou inglês, que abordassem os efeitos decorrentes do elevado nível de ruídos, em Unidades de Terapia Intensiva, para o cliente e para o profissional, além das intervenções de enfermagem. Foram excluídos estudos duplicados ou com metodologias incompatíveis a proposta desta pesquisa, revisões da literatura e relatos de experiência.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados encontrados foram divididos em três categorias: I - Principais fontes geradoras de ruído em UTI: os ruídos (mensurados em Decibéis-dB) se apresentam de várias formas, dependendo do período do dia, da quantidade de profissionais que frequentam a UTI e dos equipamentos que lá se encontram. Estudos enfatizam que os ruídos ocorrem por causas operacionais e comunicativas, como abrir e fechar gavetas, conversas entre profissionais, bater o prontuário na mesa, abrir cortinas, entre outras. Também, o crescente avanço tecnológico e a aquisição de novos equipamentos utilizados na monitorização multiparamétrica dos pacientes são responsáveis pelo aumento dos ruídos sonoros nas UTIs. Todavia, as maiores fontes de ruídos são as condutas profissionais inadequadas e evitáveis, que tornam o ambiente que, a priori, deveria ser confortável para o cliente, em um ambiente desagradável que dificulta o processo de recuperação; II- Efeitos dos ruídos aos pacientes internados em UTI e aos profissionais que trabalham na Unidade: além de provocar alterações das funções vitais, altos níveis de ruído em exposição constante, resultam em perda auditiva, assim como reduzem a capacidade de concentração, predispondo ao estado de irritabilidade pós-atividade laboral, interferindo no descanso e recuperação. Neste sentido, cabe ao enfermeiro, líder de plantão na UTI, a realização de procedimentos de maior complexidade, além de ter sob sua responsabilidade os cuidados ininterruptos aos pacientes. Estas exigências do trabalho na terapia intensiva provocam estresse e Burnout nos profissionais, já que em face do ruído aumentam a carga de responsabilidade e, conseqüentemente, provocam estados de

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 4 - HOSPITAL GETÚLIO VARGAS-HGV  
- 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI.

desgaste, tensão e insegurança nestes profissionais; III-Papel do Enfermeiro na redução do nível de ruídos na UTI: considerando que níveis de ruído em excesso prejudicam o humor dos clientes e dos profissionais, interferindo negativamente no processo de comunicação e na recuperação dos clientes, principalmente para os que se encontram em estado mais grave, é de suma importância que o enfermeiro oriente a equipe sobre os efeitos ocasionados ao paciente decorrentes da exposição a níveis excessivos de ruídos, uma vez que um mesmo ruído pode ser considerado normal para os profissionais que estão acostumados a ouvi-lo e incomodar os usuários que enfrentam estado de saúde debilitado. Ponderando que o fator humano muitas vezes é o causador principal de ruídos, os trabalhadores em geral, especialmente da equipe de enfermagem, por geralmente compor a maior parte dos trabalhadores da UTI, estão diretamente relacionados à redução do nível do ruído. Tais intervenções devem ser adotadas no intuito de oferecer condições confortáveis tanto aos pacientes durante a permanência hospitalar como também proporcionar aos profissionais um ambiente de trabalho agradável e saudável.

**CONCLUSÃO:** Os ruídos representam sério risco ocupacional que pode comprometer a saúde dos trabalhadores, em âmbito físico e emocional, instigando a irritabilidade e o estresse. Destacam-se, no contexto hospitalar, que os níveis de ruídos nas UTIs se encontram superiores ao recomendado. Isto implica na necessidade emergente de desenvolvimento de estudos sobre o tema e logo a adoção de medidas preventivas e efetivas para minimizar e controlar danos à saúde. Cabe, portanto, mencionar a necessidade implementação de programas preventivos e educativos nos ambientes de UTI a fim de orientar profissionais de enfermagem no sentido de reduzirem os níveis de ruídos produzidos neste espaço hospitalar e assim torná-lo mais propício à recuperação dos pacientes e mais confortável e saudável para o desenvolvimento das atividades laborais da equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS:

- FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; CÍTERO, V. A.; NOGUEIRA, M. L. A. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 20, n.3, p. 261-226, 2008. ;
- KAKEHASHI, T.Y.; PINHEIRO, E. M.; PIZARRO; G., GUILHERME, A. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n.4, p. 404-409, 2007.;
- MACEDO, I. S. C.; MATEUS, D. C.; COSTA, E. M. G. C.; ASPRINO, A. C. L.; LOURENÇO, E. A.. Avaliação do ruído em Unidades de Terapia Intensiva. *Braz J Otorhinolaryngol.*, v. 75, n.3, p. 844-846, 2009.;
- MERINO, F. O.; ZAPATA, F. O.; KULKA, A.F.. Ruido Laboral y su Impacto en Salud. *Ciencia & Trabajo*, v. 8, n.2, p.47-51, 2006.;
- NOGUEIRA, M. F. H.; RAMOS, E. G.; PEIXOTO, M. V. M.. Identificação de fontes de ruído e de pressão sonora em unidade neonatal. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 517-523, 2011.;
- OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M.T.L.. Exposição ao ruído tecnológico em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, v.13, n.1, p.24-30, 2009.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ruído; Unidades de Terapia Intensiva; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.



## PROMOVENDO SAÚDE BUCAL: A PRÁTICA DE RESTAURAÇÕES ATRAUMÁTICAS EM GRUPO DE ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE/CE

*Risolinda Rodolfo de Sá Batista  
Luciana Rodrigues Cordeiro  
Adriana Ferreira de Menezes  
Gemima de Paiva Rego  
Maria Luiza Rocha Barreto de Carvalho  
Fabiane do Amaral Gubert*

**INTRODUÇÃO:** A família é a base para o desenvolvimento social, psicológico e emocional da criança, sendo o meio no qual se administram os cuidados básicos com o corpo, exercendo um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde de suas crianças. Sabe-se que a obtenção de melhores condições de saúde bucal está ligada tanto à melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos quanto à reorientação dos serviços de saúde, aumentando-se a oferta de cuidados clínicos básicos e adotando medidas preventivas. O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) foi desenvolvido em resposta à necessidade de tratamento dentário restaurador em comunidades onde não há disponibilidade de recursos elétricos. Caracteriza-se pela praticidade, baixo custo e pelo conforto oferecido ao paciente por dispensar o uso de anestesia local e alta rotação. Sendo assim, foi desenvolvido um projeto com escolares de uma creche utilizando a técnica de restauração atraumática com o objetivo de promover saúde bucal.

**OBJETIVOS:** Geral: diminuir o índice de cárie em escolares na faixa etária de 04-06 anos. Específicos: responsabilizar pais e responsáveis acerca da saúde bucal das crianças; estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis e de higiene oral nas crianças e pais.

**MÉTODOS:** Relato de experiência de atividade do Mestrado em Saúde da Família/UFC com proposta de realizar ação de promoção de saúde. Em um primeiro momento foi realizada a análise do território e identificação de espaços sociais e levantamento de problemas existentes na área de cobertura da Unidade de Saúde da Família. Dentre os problemas identificados, o escolhido foi o alto índice de cárie em crianças da creche. Posteriormente, ocorreu uma reunião com a direção da creche para propor atividades e foi constatado que esse alto índice de cárie se deve à baixa responsabilidade dos pais em dar continuidade no tratamento odontológico de seus filhos. Foram realizadas atividades na creche, tais como levantamentos epidemiológicos da saúde bucal dos escolares com a intenção de avaliar a real condição de saúde bucal das crianças, e criado um momento de capacitação com os pais a fim de conscientizá-los acerca da importância da higiene bucal e da adesão ao tratamento odontológico.

**RESULTADOS:** Com a implementação desse projeto foi realizada capacitação com 82 pais com o objetivo de conscientizá-los acerca da importância da saúde bucal de suas crianças e da necessidade de adesão de seus filhos ao tratamento odontológico. Obtivemos um total de 44 crianças com necessidade de tratamento odontológico, sendo realizados na própria creche 132 procedimentos odontológicos através de restaurações atraumáticas. Além disso, aproximadamente 160 alunos participaram de atividades de educação em saúde com práticas de escovação e de alimentação saudável.

**ANÁLISE CRÍTICA:** A inserção de um dentista na escola e a adesão dos pais ao tratamento odontológico de seus filhos permitiram que as crianças fossem estimuladas a cuidar de sua própria saúde bucal, bem como proporcionaram uma diminuição real no índice de cárie daquelas crianças através do tratamento restaurador dos dentes dos escolares. Por fim, vale destacar que o trabalho em conjunto com a família – escola – unidade de saúde leva a uma atenção integral da criança, valorizando o meio onde ela está inserida e promovendo saúde em um ambiente que ela está todos os dias, não havendo assim traumas ou ansiedade, como poderia existir caso o tratamento restaurador fosse realizado em ambiente alheio a sua rotina, por exemplo, na unidade de saúde.

**CONCLUSÃO:** Esta atividade demonstrou que a tríade família- escola - unidade de saúde quando bem fortalecida gera e promove saúde. Percebe-se que quando emponderamos e responsabilizamos cada membro dessa tríade se obtém sucesso no tratamento e no controle da doença cárie.

## REFERÊNCIAS:

CHIBINSKI, A.C et al. Tratamento restaurador atraumático: percepção dos dentistas e aplicabilidade na atenção primária. Rev. Bras. Odontol. Rio de Janeiro, v.71, n.1, jun.2014. Disponível em acesso em 30 ago.2015;

MONNERAT, A.C; SOUZA, M.I.C; MONNERAT, A.B.L. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar? Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v.70, n.1, jun.2013. Disponível em: acesso em 29 ago.2015;

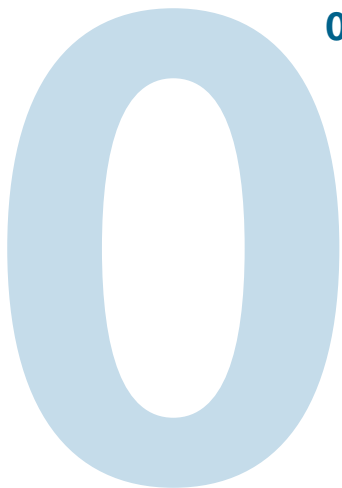
BUSATO, I.M.S et al. Avaliação da percepção das equipes de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR) sobre o tratamento restaurador atraumático (ART). Ciência e Saúde Coletiva, 16 (supl.1); 1017-1022, 2011;

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, A. da C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. Paidéia, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.;

FAMÍLIA, RELAÇÕES. Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. Psicologia escolar e educacional, v. 9, n. 2, p. 303-312, 2005.;

VASCONCELOS, Raquel et al. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. Brazilian Dental Science, v. 4, n. 3, 2010.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontologia em Saúde Pública; Odontologia Comunitária; Odontopediatria.



# O PRÓ-SAÚDE E O PET-SAÚDE COMO FERRAMENTAS TRANSFORMADORAS DO ENSINO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Quitéria Lívia Muniz Mira  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

**INTRODUÇÃO:** Perante a necessidade de superar o modelo de formação tradicional em saúde no Brasil, com seu enfoque predominantemente biologicista e curativo que não capacita para a promoção da saúde e não contribui com as políticas de saúde destinadas à população, viabilizou-se o desenho de políticas para reorientar a formação profissional para o SUS. Dentre essas iniciativas, podemos citar o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) que buscam, dentre outros objetivos, promover a integração ensino-serviço para a reorientação da formação profissional, diminuindo o distanciamento entre a teoria construída durante a formação acadêmica e as necessidades de saúde da população. Esses programas representam estratégias potenciais para redirecionar o ensino em saúde; logo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estudos que busquem evidências de resultados efetivos na formação de recursos humanos para o SUS.

**OBJETIVOS:** Identificar e caracterizar as produções científicas derivadas do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) no Brasil, com enfoque principal na formação acadêmica dos profissionais de saúde neles inseridos, considerando a relevância de tais programas na articulação ensino-serviço-comunidade.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, que segue os pressupostos da revisão integrativa de literatura. Tomou-se como referência o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a biblioteca digital de teses e dissertações da Universidade Federal do Ceará (UFC). Após empreender-se busca avançada e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 15 estudos que versavam sobre o Pró-Saúde e/ou Pet-Saúde. Foram extraídas informações consideradas relevantes a partir das produções selecionadas, tais como perfil dos autores, título, periódico, ano de publicação, tipo de programa, cenário do estudo, objetivos, método empregado e principais achados. A análise ocorreu a partir da inter-relação de itens. Dentro de cada item, as ideias foram agrupadas por similaridade, de modo a se desenvolver uma síntese de forma narrativa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Em relação ao perfil das publicações, foi possível constatar que a temática suscitou interesse, sobretudo, de pesquisadores docentes das regiões Sul e Sudeste, seguido da região Nordeste. A enfermagem destacou-se enquanto categoria profissional predominante dos docentes pesquisadores do objeto em questão, sucedida pelas áreas de medicina e odontologia. A produção científica do objeto de estudo em questão encontra-se disponível, predominantemente, em periódicos da grande área saúde (n= 11), com três publicações em periódicos da área de enfermagem (n=3) e uma publicação em periódico específico da odontologia (n=1). Quanto aos 15 estudos identificados, 12 trazem como temática o Pet-Saúde e três versam sobre o Pró-Saúde. Para o desenvolvimento das pesquisas, os autores utilizaram, em sua maioria (n= 10), métodos qualitativos, seguidos de métodos mistos (n= 3) e métodos quantitativos (n= 2) com utilização, predominante, de entrevistas e aplicação de questionários como ferramenta de coleta de dados. A análise dos dados ocorreu, sobretudo, mediante categorização temática. A partir dos resultados oriundos dos estudos selecionados, verifica-se que a implementação de programas como o Pró-Saúde e Pet-Saúde vem possibilitando a construção de novas alternativas de educação através da inserção ativa de estudantes nos cenários do SUS, o que favorece a integração ensino-serviço-comunidade, o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e as relações interpessoais, contribuindo para uma formação diferenciada, aproximando os estudantes da realidade do SUS e



das demandas de saúde da população. Essas estratégias vêm favorecendo o exercício do trabalho em equipe, a comunicação, agilidade e criatividade para lidar com situações adversas, bem como a vivência dos princípios da Atenção Primária integrados à comunidade, além de propiciar a integração de saberes e conhecimentos, no sentido de incentivar a formação de um profissional crítico e reflexivo, que busque o trabalho interdisciplinar e em equipe, atendendo a tão requerida formação profissional necessária ao SUS. Verificou-se também que lacunas, fragilidades e desafios na operacionalização da política precisam ser superados. Na perspectiva da implementação dos programas, mais precisamente nos aspectos dos cenários de práticas, sinaliza-se a necessidade de maior engajamento dos estudantes nas ações desenvolvidas; para tanto, é indispensável a disponibilidade de tempo prevista formalmente na matriz curricular que permita a imersão nas ações de extensão e pesquisa; estratégias de integração entre os cursos de graduação; preparo pedagógico para preceptores; articulação das IES com demais profissionais dos serviços que não são preceptores, de modo a buscar desenvolver em todo os profissionais o valor do que venha a ser um sistema de saúde aprendente. Além disso, observou-se, entre preceptores, precário conhecimento sobre as propostas e objetivos da política de reorientação profissional em saúde.

**CONCLUSÃO:** A elaboração de uma revisão integrativa sobre a reorientação profissional em saúde permitiu concluir que o Pró-Saúde e o Pet-Saúde, enquanto ferramentas de transformação do ensino e do trabalho em saúde, vêm promovendo impactos significativos na formação profissional e, conseqüentemente, na qualificação dos trabalhadores para atender às demandas do sistema público de saúde, o que reflete o crescimento e consolidação desses programas em relação aos objetivos estabelecidos pela referida política. Contudo, é possível verificar, na prática, a existência de algumas limitações e fragilidades no processo de implementação dos programas, o que se constitui como desafios a serem enfrentados para o alcance efetivo de mudanças no ensino na área da saúde.

## REFERÊNCIAS:

CALDAS, J.B. et al. A Percepção de Alunos Quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PETSaúde. Revista brasileira de educação médica 36 (1, Supl. 2) : 33-41; 201233. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000300006&script=sci_arttext) Acesso em: 15 Mai. 2015.;

FREITAS, F.R.R. A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 set; 31 (3): 442-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300006) Acesso em: 15 Mai. 2015. ;

FREITAS, P.H. et al. Repercussões do Pet-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. Esc. Anna Nery (impr.) 2013 jul - set; 17 (3): 496 - 50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000300496&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000300496&script=sci_arttext) Acesso em: 12 Mai. 2015.;

FONSÊCA, G.S.; JUNQUEIRA, S.R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1151-1162, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401151&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401151&script=sci_arttext) Acesso em: 20 Mai. 2015.;

MORAIS, F.R.R. et al. A importância do Pet-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.10 n.3, p.541-551, nov. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000300011&script=sci_arttext) Acesso em: 18 Mai. 2015.;

PINTO, A.C.M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (8): 2201-2210, 2013. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001600004](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600004) Acesso em: 21 Mai. 2015.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde; Educação Superior; Serviços de Integração Docente-Assistencial; Sistema Único de Saúde.



## AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS NA COMERCIALIZAÇÃO DE PEIXES EM BOXERS NO MERCADO MUNICIPAL DA CARAMURU, PARNAÍBA-PI

*Emanuela Lima Teixeira Barros*

*Silveny Meiga Alves Vieira*

*Sidely Gil Alves Vieira dos Santos*

*Luiz Gonzaga Alves dos Santos Filho*

*Cinara Alves Primo Pessôa*

*Ricardo Cezar Alves Vieira da Silva*

**INTRODUÇÃO:** O comércio de pescado é uma atividade bastante antiga, porém apresenta elos frágeis em sua estruturação, como ausência de infraestrutura adequada, mal acondicionamento e manipulação incorreta do pescado. Nesse sentido, é de grande importância o conhecimento das condições higiênico-sanitárias dos locais de comercialização pelo fato de o peixe ser um dos alimentos proteicos considerados mais fáceis de sofrer degradação. A higienização inadequada dos boxers aliada às más condições de conservação e manipulação do peixe acelera o processo de deterioração, ajudando também na veiculação de várias doenças transmitidas por alimento (DTA), como intoxicações alimentares por agentes bacterianos e virais, além de doenças parasitárias, tornando-se dessa forma um risco potencial para a saúde da população.

**OBJETIVOS:** O presente trabalho teve como objetivo avaliar as condições higiênico-sanitárias em boxes que comercializam peixes no Mercado Municipal da Caramuru, em Parnaíba, Piauí, com base nas Boas Práticas de Fabricação e Manipulação.

**MÉTODOS:** O estudo foi realizado no mês de agosto de 2015 na Feira da Caramuru, no município de Parnaíba-PI. Consistiu em um estudo transversal exploratório, com observação direta das condições higiênico-sanitárias do pescado comercializado in natura. Foram verificados alguns dos principais aspectos referentes às Boas Práticas de Fabricação e Manipulação, tais como instalações, manipuladores, condições de acondicionamento, armazenamento, conservação do pescado, equipamentos, utensílios e descarte.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As condições físicas do mercado estavam bastante precárias, uma vez que nas instalações dos boxers foram encontrados peixes dispostos sobre bancadas com azulejos quebrados e sujos. Somado a isso, toda a área externa continha acúmulo de lixo proveniente do descarte de vísceras, escamas e resíduos de sangue que em conjunto exalavam mau cheiro. Tal situação servia de atrativo para animais e insetos que também foram encontrados próximos à área de manipulação e que podem funcionar como veiculadores de diversas doenças, como toxoplasmose, leptospirose e algumas viroses. Grande parte dos manipuladores não utilizava a vestimenta adequada, além da não utilização de luvas, toucas, botas e aventais durante o manejo. No processo de estocagem, observou-se que os peixes eram armazenados de forma inadequada em caixas de isopor com gelo em escama, não havendo o controle da temperatura ideal para conservação e conseqüentemente acelerando o processo de deterioração. Quanto aos utensílios utilizados para limpeza das bancadas e manuseio do peixe, foram observados: flanelas sujas, tábuas de corte de madeira, descamadores artesanais e pedaços de madeira para auxiliar o corte do peixe em postas. Tais equipamentos são de difícil higienização e facilitam o acúmulo de sujidades, portanto levam à contaminação cruzada do alimento manejado. No intervalo entre a manipulação e o recebimento do dinheiro, não houve nenhum tipo de higienização das mãos, favorecendo, desse modo, a contaminação do produto final. Diante disto, pode-se constatar que tais condições são capazes de gerar sérios danos à saúde do consumidor, no entanto estas podem ser corrigidas com a adoção de práticas higiênico-sanitárias efetivas por parte dos manipuladores.

**CONCLUSÃO:** A melhoria da qualidade dos peixes comercializados no mercado da Caramuru pode ser alcançada através da implementação de políticas de fiscalização mais educativas e menos punitivas. Tais medidas podem ser aplicadas através de investimentos em capacitação dos feirantes, direcionados às boas práticas de manipulação do pescado, e que visem principalmente à promoção da saúde e a segurança alimentar. Além disso, torna-se necessário realizar a adequação e estruturação física

1 - UNIVERSIDADE CÂNDIDO MENDES - UCAM PROMINAS - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.

do mercado para sanar os principais problemas higiênico-sanitários durante a comercialização. Estas medidas podem evitar possíveis surtos de DTAs, manter a condição nutricional dos peixes e gerar um produto de qualidade ao consumidor.

## REFERÊNCIAS:

GOMES, L. M. Influência das condições de manuseio e conservação na qualidade do pescado. São Paulo: Instituto Qualittas de Pós-graduação em Medicina Veterinária. 2006. 43f. Monografia (Especialização em higiene, inspeção e tecnologia de produtos de origem animal). Monografia (Especialização em Higiene e Inspeção de Produtos de Origem Animal), Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2006.;

URBANO, R. L. S. R. Avaliação das Condições Higiênico-Sanitárias do Pescado Comercializado nos Mercados Varejistas do Rio de Janeiro-RJ. 2007, 33f. Monografia (Especialização em Higiene e Inspeção de Produtos de Origem Animal), Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2007.;

SILVA W. B.; NOGUEIRA, J. G.; PENA, H. A. Avaliação das condições Higiênico-Sanitárias na Comercialização do Pescado no Mercado Municipal de Icoaraci/Pará-Brasil. Revista Eletrônica Observatorio de la Economía Latinoamericana, n. 200, 2014. ISSN: 1696-8352. ;

DUARTE, D. P. Boas Práticas na Produção de Pescado em Restaurantes: Revisão de Literatura. 2013, 54f. Monografia (Especialização em Defesa Sanitária e Higiene e Inspeção de Produtos de Origem Animal), Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Curitiba, Paraná, 2013.;

FARIAS, K. C.; MARTINS, F. F. F.; MARTINS, F. F.; MOREIRA, I. C. M.; JALES, K. A.; ALENCAR, T. C. S. B. D.;

SILVA, M. M. G. Avaliação das Condições Higiênico-Sanitárias de Alimentos Comercializados no Mercado Municipal e na Feira Livre Do Município de Hidrolândia-CE. In: V Congresso Norte-Nordeste de Pesquisa e Inovação da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, IFAL, Alagoas, 2010. Anais. Anais Eletrônico Do V Congresso Norte Nordeste De Pesquisa E Inovação Da Rede Federal De Educação Profissional E Tecnológica, 2010. ISBN: 978-85-64320-00-0.

**PALAVRAS-CHAVE:** Boas Práticas de Manipulação; Higiene Alimentar; Segurança Alimentar; Doenças Transmitidas por Alimentos.



## A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS ORIENTADORES DE ESTÁGIO DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Francisco Jadson Franco Moreira  
Andréa do Nascimento Serpa Rodrigues  
Ana Cristina Martins Uchoa Lopes  
Francinete Viana Gomes  
Katherine Jeronimo Lima  
Mônica Fernandes Magela  
Mayrla Diniz Bezerra*

**INTRODUÇÃO:** A melhoria da Saúde Materna é uma das metas de desenvolvimento do Milênio. Diante deste desafio, o Brasil nas últimas décadas vem ampliando suas políticas públicas de saúde direcionadas na atenção à saúde materna, destacando-se a rede cegonha, que se propõe a assegurar o direito da mulher à atenção humanizada no parto. Para uma assistência de qualidade, é imprescindível um atendimento acolhedor que resguarde a saúde física e emocional da parturiente, ao mesmo tempo, prevenindo as complicações e respondendo às emergências, contribuindo em uma experiência positiva à mulher e sua família no momento do parto. Nessa perspectiva, o cuidado humanizado é indispensável durante todo o processo do parto, como também é fundamental na assistência das parturientes, devendo estar relacionado a atitudes de atenção, proporcionando informações claras, seguras e atender a mulher de forma integral e acolhedora ante os seus desejos e necessidades.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência dos enfermeiros na função de orientadores de estágio curricular dos alunos do Curso Técnico em Enfermagem- (Complementação) da Escola de Saúde Pública do Ceará, no setor da obstetrícia, de modo a propor uma reflexão e aperfeiçoamento das práticas de humanização do parto aos profissionais técnicos em enfermagem.

**MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados por alunos do Curso Técnico em Enfermagem- (Complementação) da Escola de Saúde Pública do Ceará, na oportunidade de um estágio curricular obrigatório. O curso tem carga horária teórica de 1200 h e prática de 600 h. O presente estudo foi realizado no município de Maranguape, no setor de obstetrícia de um Hospital Municipal, sendo utilizados os relatos e as observações dos enfermeiros orientadores de estágio, que ocorreu no período de maio a agosto de 2015. Os alunos acompanharam a gestante em todos os momentos do trabalho de parto, colocando em prática as informações adquiridas nos módulos teóricos do curso. Ao mesmo tempo, repassaram todas as informações necessárias acerca das rotinas hospitalares. Os assuntos mais abordados e trabalhados tratavam-se dos sinais e sintomas da gestante durante todo o processo de trabalho de parto, no qual eram fornecidas técnicas que buscavam tranquilizá-las, sendo trabalhada cada etapa.

**RESULTADOS:** No primeiro contato dos alunos com as parturientes na entrada delas à maternidade, foi possível ter a oportunidade de prepará-las para a entrada no Centro de Parto. Tal atividade incluía verificação de sinais vitais, troca de roupas, retirada de adornos e guarda de pertences. Durante o trabalho de parto, os alunos puderam oferecer apoio psicológico à parturiente, além de colocar em prática algumas técnicas que aceleram o trabalho de parto e diminuem a dor. O apoio psicológico prestado pelos alunos às parturientes foi estabelecido através de diálogo, envolvendo tanto a parturiente como o acompanhante, permitindo que elas verbalizassem seus receios. Os alunos demonstraram respeito no momento da dor e no processo de parto. Como a maternidade oferece amplo espaço reservado para gestantes, favoreceu aos alunos exporem suas práticas, por exemplo, estimulando e acompanhando as gestantes na deambulação e banho de aspersão, bem como as incentivando ao exercício na bola, além de massagem relaxante. Durante o período expulsivo, os alunos acompanharam as ações da equipe assistencial; por ser um momento crítico, tanto para a equipe como para a parturiente, não houve intervenções por parte deles. No pós-parto, puderam acompanhar os cuidados imediatos com a parturiente e com o recém-nascido. Após esse período, a mulher segue para o alojamento conjunto; nesse momento, deram continuidade aos cuidados humanizados tanto à puérpera quanto ao recém-nascido.

1 - ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/RJ - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESP-CE - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESPCE - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESP-CE - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP-CE - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESP-CE - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESP-CE.

**ANÁLISE CRÍTICA:** O Curso Técnico em Enfermagem desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará utiliza a Metodologia da Problemáticação como estratégia pedagógica para orientar a construção do conhecimento, no contexto da práxis, de modo a favorecer a melhoria do desempenho profissional e da qualidade dos cuidados prestados à população. O estágio é uma etapa de grande importância para esses profissionais trabalhadores do Sistema Único de Saúde para que sejam capazes de transformar suas práticas profissionais com base na reflexão crítica. Foi observado pelos orientadores de estágio que, apesar da longa experiência profissional dos alunos como auxiliar de enfermagem, existe uma necessidade de um aperfeiçoamento constante para que suas práticas estejam voltadas aos cuidados humanizados e que possam atender às necessidades das parturientes. Vale ressaltar que esses alunos não tinham vivenciado a prática de cuidados humanizados preconizados pela Rede Cegonha, sendo oportunizada essa experiência através desse estágio no setor da obstetrícia, como também houve o reconhecimento por parte desses profissionais acerca dessas necessidades. Assim, reforça-se a importância da educação permanente em saúde e da utilização de abordagens pedagógicas que privilegiem metodologias de ensino-aprendizagem problematizadoras visando contribuir para a formação de profissionais técnicos em Enfermagem dotados de competência para a atuação no parto humanizado.

**CONCLUSÃO:** Diante do exposto, os enfermeiros orientadores ratificaram a importância da contribuição da equipe de enfermagem no incentivo às práticas saudáveis para as gestantes na orientação e acompanhamento durante o trabalho de parto a fim de realizar um atendimento integral, ético e humanizado. É importante destacar o reconhecimento pelos profissionais técnicos em enfermagem da relevância na qualidade das ações desenvolvidas no âmbito da Saúde da Mulher através da educação permanente. Nesse contexto, esses profissionais, além de aperfeiçoarem suas práticas de forma reflexiva e crítica, contribuirão com a promoção da saúde materna, assegurando uma atenção humanizada ao parto e puerpério, melhorando a qualidade das ações desempenhadas no processo de trabalho, sendo esta o foco da Rede Cegonha.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo. 1. ed. rev. Brasília, DF; 2013. 318 p.;

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Acesso em 25 Ago. 2015]. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html);

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva.; MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao Pré-Natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.84p.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização na Assistência; Educação Continuada; Parto Humanizado.



## NÚCLEO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NOIFMA CAMPUS CAXIAS

*Vanêssa Xavier Silva Sousa Gomes*

*Élcio Basílio Pereira Machado*

*Dalva Muniz Pereira*

*Doralice Limeira da Silva*

*Cecília Regina Galdino Soares*

**INTRODUÇÃO:** O crescente número de pessoas com 65 anos ou mais e o elevado grau de pessoas sedentárias nesta faixa etária e/ou com doenças acarretadas por esta condição são fatores que vêm despertando uma maior atenção no que tange à promoção de saúde para a população idosa. No Brasil, estima-se que em 2016 esta população será de 8,17% e no Maranhão 5,77% (IBGE, 2010). Baseado no ART. 3º do Estatuto do Idoso, que coloca a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público como agentes para assegurar ao idoso o direito à saúde, alimentação, esporte, dentre outros, o Projeto de Extensão desenvolvido pelo IFMA Campus Caxias em parceria com o município de São João do Sóter-MA visa proporcionar à pessoa idosa um envelhecimento saudável e em condições de dignidade, oferecendo um momento de interação social, de vivências em atividades físicas e de orientações voltadas para a saúde, que os tornarão sujeitos com uma maior autonomia funcional, bem como mais participativos na sociedade.

**OBJETIVOS:** Reduzir o número de idosos sedentários; favorecer a interação social dos envolvidos; aprimorar a autonomia funcional do idoso; incentivar a participação ativa do idoso na sociedade; promover orientações sobre saúde.

**MÉTODOS:** O Núcleo de Atividade Física para a Terceira Idade é um projeto de extensão, vinculado ao Núcleo de Qualidade de Vida (NQV) do IFMA Campus Caxias e coordenado pelos dois professores de Educação Física. Os sujeitos deste estudo foram 30 idosos do município de São João do Sóter-Ma. As atividades iniciaram em 28 de abril de 2015. Foi realizada aferição de pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura e quadril. Foi exigido dos idosos autorização médica para a prática de atividade física. Os encontros aconteciam duas vezes por semana, com duração de uma hora e trinta minutos. Através de rodas de conversa, recebiam orientações sobre a saúde do idoso pela equipe multiprofissional: enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, odontólogo, médico, psicólogo e educador físico. Uma festa de São João foi realizada como atividade para o encerramento do primeiro semestre: concurso de forró, melhor caracterização, danças livres foram desenvolvidas para promover a integração social do idoso.

**RESULTADOS:** 30 idosos participaram dos encontros semanais, sendo 20 (66,7%) do sexo feminino e 10 (33,3%) do sexo masculino, com idade entre 65 e 73 anos de idade e oriundos do município de São João do Sóter - MA. As atividades do projeto foram desenvolvidas da seguinte forma: aula inaugural (apresentação do projeto); avaliação antropométrica e entrega da autorização médica para a realização de atividades físicas; atividades físicas; orientações sobre a saúde do idoso; e confraternização. Dos 30 idosos avaliados, 27 (90%) apresentaram pressão arterial baixa/controlada e 03 (10%) apresentaram pressão arterial elevada, em que os mesmos argumentaram que não tinham tomado medicamento para controle de P.A. Quanto à avaliação do IMC, dos 30 avaliados, 02 (6,6%) apresentaram baixo peso, 20 (66,7%) peso normal e 08 (26,7%) excesso de peso. Dos 22 encontros realizados, as atividades físicas desenvolvidas foram 100% do tipo aeróbica e recreativas; quanto às orientações sobre a saúde do idoso ocorreram na forma de rodas de conversas, nas quais as temáticas debatidas foram as seguintes e com os respectivos profissionais responsáveis: 1 - Hipertensão arterial (Enfermeira); 2 - Alimentação saudável (Nutricionista); 3 - Cuidados com o ouvido (Fonoaudióloga); 4 - O idoso e o lado socioafetivo (Psicóloga).

**ANÁLISE CRÍTICA:** Existem cada vez mais evidências científicas apontando o efeito benéfico de um estilo de vida ativo na manutenção da capacidade funcional e da autonomia física durante o processo de envelhecimento (MATSUDO, 2001). Dados

apontam que idosos que participam de programas de exercícios reduzem 25% nos casos de doenças cardiovasculares, 10% nos casos de acidente vascular cerebral, doença respiratória crônica e distúrbios mentais. Talvez o mais importante seja o fato que reduz de 30% para 10% o número de indivíduos incapazes de cuidar de si mesmos, além de desempenhar papel fundamental para facilitar a adaptação e a aposentadoria (OKUMA, 2006). A proposta das rodas de conversa é coerente com a promoção da saúde ao defender a produção de sujeitos autônomos, críticos, reflexivos e livres, que se constituem, no encontro com o outro, em coletivos democráticos e participativos (SAMPAIO et al., 2014).

**CONCLUSÃO:** O projeto abriu um espaço que vai além da prática de atividades físicas orientadas, tornou-se também um campo de diálogo e integração, permitindo que o idoso envolvido neste projeto desenvolva aspectos que o torne um sujeito mais ativo na sociedade, tanto no âmbito físico quanto cognitivo e afetivo-social. As atividades desenvolvidas neste projeto estão sendo bem aceitas pelo público e isso se torna evidente no tocante à evasão, pois em três meses de existência do núcleo não foi registrada nenhuma ausência nos encontros e em relatos dos participantes ouve-se bastante que a participação no projeto está sendo uma experiência positiva devido ao grande envolvimento de inúmeros profissionais e de inúmeras temáticas que estão sendo realizadas além da atividade física. Assim, este ponto de vista se torna satisfatório, pois possibilita o planejamento de inúmeras ações preventivas que fomentem a quebra de barreiras e a inserção do idoso como agente modificador da sociedade.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.;

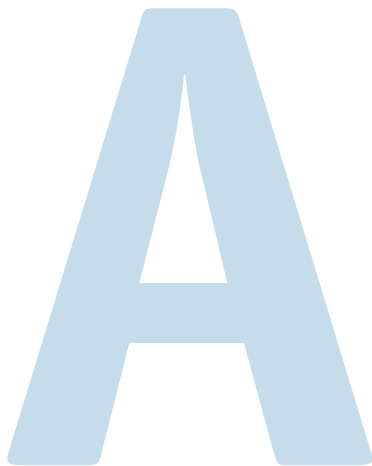
IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: acesso em: 08 ago.2015.;

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento e atividade física. Londrina: Midiograf, 2001.;

OKUMA, S. "Atividade Física, Qualidade de Vida e Envelhecimento". Palestra realizada na Universidade de Londrina-PR, 2006;

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.D.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Interface comunidade saúde educação, São Paulo. v. 18, n. supl. 2, p. 1299-1311, 2014.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atividade Física; Avaliação Antropométrica; Rodas de Conversa; Terceira Idade.



# ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

*Thatiana Araújo Maranhão*

*Elys Oliveira Bezerra*

*Maria Lúcia Duarte Pereira*

**INTRODUÇÃO:** O HIV e a AIDS surgiram no Brasil no início da década de 80. Como naquela época ainda não haviam explicações científicas para a doença, esta acabou sendo imbuída de nomenclaturas repletas de aspectos morais atribuídos a uma possível orientação homossexual de seus portadores (OLIVEIRA, 2013). As significativas modificações ocorridas no perfil epidemiológico da AIDS e os avanços no seu tratamento fizeram com que as representações acerca da patologia também se modificassem ao longo do tempo (LABRA, 2015). Assim, o estudo da Teoria das Representações Sociais (TRS) torna-se de fundamental importância devido à infecção pelo HIV ser um tema que envolve concepções, opiniões, crenças e atitudes com relação à condição de soropositividade. Nessa perspectiva, a TRS faz alusão à forma como as pessoas pensam sobre determinado assunto e o conhecimento que detêm sobre ele é resultado de interações sociais coletivamente compartilhadas e construídas (JODELET, 2001; WAGNER, 2000).

**OBJETIVOS:** Identificar os conteúdos e a estrutura das representações sociais sobre a infecção pelo HIV/AIDS de pessoas que vivem com HIV.

**MÉTODOS:** Estudo qualitativo que utilizou a TRS e a proposta teórica complementar da abordagem estrutural ou do núcleo central. A coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro de 2014 com 231 indivíduos com diagnóstico de HIV/AIDS acompanhados no ambulatório de um hospital referência em doenças infecciosas de Fortaleza/CE. Aplicou-se o teste de associação livre de palavras (TALP) utilizando-se o estímulo indutor “HIV/AIDS”, sendo solicitado ao participante que dissesse quatro palavras que lhe vinham prontamente à mente quando pensava no HIV/AIDS. Para a análise univariada dos dados sociodemográficos, utilizou-se estatística descritiva por meio do *software* SPSS 20.0<sup>®</sup>. Para a análise do produto das evocações livres, foi utilizado o *software* EVOC2000<sup>®</sup> e sua posterior distribuição no quadro de quatro zonas. Para a realização da análise de similitude (árvore máxima), utilizou-se o *software* IRAMUTEQ<sup>®</sup>. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (parecer 630.908).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Houve predomínio de participantes: do sexo masculino (131; 56,7%); residentes em Fortaleza (171; 74,0%); com renda individual de até um salário-mínimo (166; 71,8%) e que conviviam com HIV/AIDS há pelo menos 10 anos (114; 49,3%). A média de idade foi de 41,4 anos (dp: ±8,7), com grande parte da amostra concentrada na faixa etária de 40 a 49 anos (96; 41,6%). O núcleo central na análise prototípica foi integrado por elementos negativos, definindo a AIDS como uma doença que gera sentimentos de tristeza e medo, proximidade com a morte e que pode ser transmitida a outras pessoas (transmissão). Próximo ao núcleo central, protegendo-o de mudanças, tem-se os elementos da zona da primeira periferia. Pela ordem de frequência de evocação, foi integrado pelos termos: preconceito (43), tratamento (42), remédio (40), cuidado (27), discriminação (22), viver (22), sem cura (19). A zona da segunda periferia concentra os elementos evocados em menor frequência e não prontamente evocados. Situam-se nesta zona os elementos mais fracos para a organização das representações sociais sobre HIV/AIDS, interferindo com força menor que a das outras regiões estruturais. Os elementos evocados em maior frequência foram: difícil (15), preservativo (14), esperança (12), cura (12), depressão (10). A zona de contraste reúne elementos possíveis de constituírem o núcleo central de alguns indivíduos, apontando a existência de subgrupos que consideram outros elementos organizadores da significância de suas representações. Como elementos de caráter negativo, destacaram-se



os que caracterizam o HIV/AIDS como ruim (17), sofrimento (9), sintomas (8), perigosa (8), preocupação (7) e problema (7). Todavia, observou-se indivíduos que citaram elementos positivos evidenciando a possibilidade de ter uma vida normal (11) e de superação (8) das adversidades, apesar da doença. A análise de similitude, representada por meio da árvore máxima, confirma a centralidade dos termos doença, tristeza, morte e medo. Doença foi o elemento mais centralizador, obtendo forte ligação com os termos sem cura, tratamento, remédio, preconceito, transmissão e morte. A sentença de morte foi apontada como a primeira visão que as outras pessoas possuem quando os indivíduos revelam sobre o diagnóstico. Esse conteúdo esteve também associado à fragilidade que a infecção acarreta ao organismo, a necessidade de internação em situações de baixa imunidade, ao sofrimento pela sensação de morte iminente, além da preocupação com os filhos, no caso da morte se concretizar como desfecho. A tristeza esteve relacionada ao enfrentamento do preconceito, à percepção da infecção como o fim da vida, decepção, angústia e arrependimento, pois foi vítima da transmissão de uma infecção prevenível. Para alguns, o sentimento de tristeza intensa, expresso pela depressão, é um problema decorrente da doença, que se expressa pela dificuldade de aceitação e vontade de realizar ações extremas, como o suicídio, para evitar o sofrimento.

**CONCLUSÃO:** Observou-se a centralidade dos termos Doença, Medo, Morte e Tristeza, os quais apresentam-se coexistentes tanto na análise prototípica quanto na análise de similitude. Foi possível verificar que as representações sociais da AIDS entre os sujeitos que convivem com a patologia mostraram-se predominantemente negativas com a saliência de elementos centrais, como medo, morte, tristeza e preconceito. Contudo, o sistema periférico aponta para uma visão mais otimista da doença com a saliência de termos como viver, conviver, conformar, cuidado, cura, luta, superação e força. Tal resultado sugere que embora nenhum termo positivo faça parte do núcleo central da representação da AIDS, nem todos os sujeitos convivem com o lado pessimista da infecção, tendo em vista que mecanismos de enfrentamento mais elaborados são adotados por uma pequena parcela dos entrevistados.

## REFERÊNCIAS:

- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D.(org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.;
- LABRA, O. Social representations of HIV/AIDS in mass media: Some importante lessons for caregivers. *International Social Work*, v. 58, n. 2, p: 238-48, 2015.;
- OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n. 1, p: 276-86, 2013.;
- WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. Estudos interdisciplinares de representações sociais. Goiânia: AB, 2000. p. 3-25.

**PALAVRAS-CHAVE:** Soropositividade para HIV; Infecção; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Teoria das Representações Sociais.



## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÃO NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

*Juliana Braga Rodrigues de Castro*

**INTRODUÇÃO:** As representações sociais da alimentação e nutrição ultrapassam as elaborações individuais e subjetivas, sendo reelaboradas na prática, incluindo o imaginário, as crenças coletivas, alteradas no tempo e no espaço, sendo indispensável à vida e à reprodução biológica e social, completando-se como objeto sociocultural, econômico, histórico e político, que demanda a atenção dos pesquisadores. Considerando que algumas fases da vida são críticas porque apresentam necessidades fisiológicas e psicossociais específicas, destacou-se neste trabalho o período da adolescência, pela velocidade no crescimento estatural e, portanto, a necessidade de uma demanda energética elevada, sem deixar de considerar a sua alta incidência, principalmente, em países em desenvolvimento.

**OBJETIVOS:** Analisar as repercussões das representações sociais no comportamento alimentar de gestantes acompanhadas por um Centro de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará.

**MÉTODOS:** A coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada, nos meses de novembro e dezembro de 2014, no domicílio das participantes, garantindo assim a privacidade. Foram entrevistadas 15 gestantes adolescentes da área de cobertura do Centro de Saúde. Para definir o estado nutricional das entrevistadas, utilizou-se os dados antropométricos contidos em suas cadernetas de acompanhamento gestacional. Para o tratamento das informações colhidas com as entrevistas foi utilizada a técnica de análise temática. Diante desse trabalho surgiu a identificação dos núcleos de sentido do material, resultando nos seguintes temas centrais: práticas alimentares na gestação; mitos e tabus; e por fim enjoos, desejos e aversões alimentares. A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Neste estudo, verificaram-se alterações nas práticas alimentares, que são desencadeadas após a descoberta da gestação, tais como horários das refeições, a introdução de frutas e verduras, na perspectiva de garantir saúde ao seu filho, relacionando o conceito de saúde a uma boa alimentação. Identificou-se também a valorização de uma boa alimentação como promotora de saúde, no entanto o alto consumo de alimentos com alto valor calórico e baixo valor nutricional foi bem evidenciado e transversaliza o comportamento alimentar dessas gestantes. Observou-se que a condição financeira e as alterações intrínsecas da gestação, tais como enjoos, desejos e aversões alimentares, atuam como fator limitante na alimentação. Os discursos das gestantes revelam um saber idealizado e uma prática desejada, que é restrita por motivos econômicos e, por vezes, culturais. Na fase da gravidez, os hábitos de consumo geralmente são modificados, principalmente no que diz respeito à alimentação. Gestantes sentem novas sensações e ocorrem mudanças de humor constantes, o que influencia diretamente o consumo. Com relação aos mitos e tabus em relação à alimentação ainda existentes, os que mais se destacaram foram a existência de alimentos fortes, que são capazes de sustentar a gestação, alimentos fracos, alimentos reimosos, e a necessidade de ter uma alimentação em maior volume para manter a segurança da gestação, sem se atentar para a qualidade do que estava sendo consumido, caracterizando a ideia de comer por dois. Pode-se identificar que as alterações como enjoos, desejos e aversões alimentares interferiram diretamente no comportamento alimentar dessas gestantes, principalmente com relação à redução e/ou exclusão do consumo de verduras. Os desvios nutricionais da gestação na adolescência preocupam as autoridades de saúde pública do mundo, pois podem trazer sérias repercussões para a mãe e o seu conceito. Entre estas, destaca-se a desnutrição, que nesse período acarreta um maior risco obstétrico, além da possibilidade de nascer um bebê

1 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE SABÓIA - RMSFVS.

pequeno para a idade gestacional; já o ganho de peso excessivo tem sido associado com gestações de alto risco, incluindo, além de complicações do parto, anemia materna, parto pré-termo, macrosomia e mortalidade infantil.

**CONCLUSÃO:** A partir do exposto neste estudo, fica evidente que as crenças permeadas no período gestacional trazem repercussões significativas no comportamento alimentar. Assim, é importante que os profissionais de saúde compreendam o meio em que estão inseridas as gestantes adolescentes a fim de prestar um adequado atendimento a elas, assegurando práticas alimentares saudáveis e prevenindo o aparecimento de intercorrências resultantes de práticas não benéficas, bem como criação de vínculo e o atendimento integral. Existem ainda poucos estudos referentes à cultura alimentar de gestantes adolescentes e suas repercussões. Este estudo não teve a pretensão de exaurir a temática e, ainda, propõe a necessidade da realização de mais pesquisas que englobem esse assunto.

## REFERÊNCIAS:

CANESQUI, A.M. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: Canesqui, A.M.; Garcia, R.W.D, organizadoras. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ; p.23-47, 2005.;

HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.;

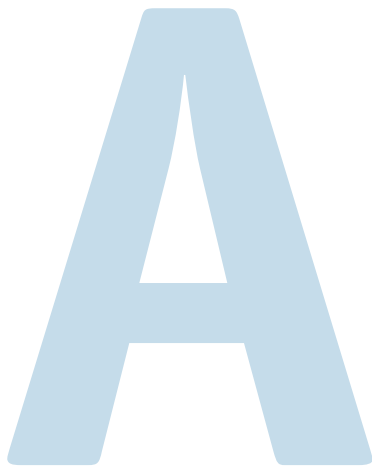
MACIEL, M. E. Cultura e alimentação ou o que tem a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarim? Horiz Antropol v.7 ed.16 p.145-56, 2001.;

PENA, B.S.; COUTINHO, F.G.A.; PÉPECE, O.M.C. O Que Devo Comer? Influência da Cultura no Comportamento de Consumo de Alimentos por Gestantes. In: Encontro Nacional de Estudos do Consumo I Encontro Luso-Brasileiro de Estudos do Consumo Tendências e ideologias do consumo no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro, p.1-20, 2010.;

POULAIN, J.P, PROENÇA, R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Rev. Nutr. v.16 n. 3 p. 245-56, 2003.;

VITOLLO, M.C. Nutrição: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann&Affonso Editores, 2008.

**PALAVRAS-CHAVE:** Representações Sociais; Gestantes; Adolescentes; Comportamento Alimentar.



## ACOLHIMENTO EM SAÚDE: DE QUEM É A RESPONSABILIDADE?

*Camila Mascarenhas Moreira*

*Aline Severo de Assis*

*Roberta Diniz Nogueira Ribeiro*

*Aldenôra Gonçalves Pereira*

*Érica Fontenele Costa Lima*

*Annaíza Freitas Lopes de Araújo*

*Francinete Viana Gomes*

**INTRODUÇÃO:** O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Para implantar práticas e processos de acolhimento visando à melhoria da acessibilidade do usuário, não são suficientes ações normativas, burocráticas, nem discursivas, não basta ter uma “sala de acolhimento”, nem restringir a responsabilidade pelo ato de acolher a qualquer trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa, nem a um lugar. Entre os desafios para a consolidação do acolhimento na saúde, encontra-se a vontade de mudar da equipe de saúde, que deve estar comprometida com as propostas da Política Nacional de Humanização (PNH), discutindo continuamente as práticas para o seu aprimoramento.

**OBJETIVOS:** Descrever sobre a importância do acolhimento nas relações do cuidado e compreender sobre de “quem é a responsabilidade diante das práticas de acolhimento na saúde”.

**MÉTODOS:** Este estudo é um relato de experiência, que surgiu a partir de discussões e debates em sala de aula pelos alunos do Curso Técnico em Acolhimento (CTAAS), no mês de março de 2015, no município de Fortaleza. Foram realizados trabalhos em grupo, leituras e discussões de textos e artigos utilizando a metodologia da problematização sobre o tema acolhimento para compreender sobre de fato de “quem é a responsabilidade do acolhimento em saúde, já que na prática se observa que o mesmo se limita a um único profissional e um espaço físico delimitado. O Curso TAAS é desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará, possui carga horária de 1800 horas, 22 alunos e é fundamentado na Política Nacional de Educação Permanente como estratégia para transformar e qualificar as práticas de saúde dos trabalhadores do SUS que atuam nas portas de entrada das unidades de Atenção Primária.

**RESULTADOS:** A partir das discussões realizadas pelos alunos acerca do tema, percebeu-se que para a realização de um acolhimento com qualidade é necessário que aspectos técnicos e político-institucionais sejam mobilizados, devendo-se desenvolver o potencial de trabalho em equipe multidisciplinar, com práticas que incluam a construção de um olhar responsável e participativo. É necessário reconhecer o acolhimento como um conjunto de ações articuladas envolvidas na produção do cuidado e como ferramenta capaz de identificar/compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde da população. No CTAAS, o aluno tem a oportunidade de refletir sobre o papel do técnico em acolhimento, a sua importância no processo de re(organização) do trabalho em equipe e de que forma poderá realizar um acolhimento com postura, atitude e responsabilidade.

**ANÁLISE CRÍTICA:** O Curso TAAS, oferecido pela Escola de Saúde Pública do Ceará, por meio da metodologia ativa, desenvolve o pensamento crítico e reflexivo no aluno para que ele seja capaz de identificar os problemas que surgem na sua prática e encontrar soluções possíveis de serem implementadas. O aluno se torna um agente ativo de mudanças e aberto a discutir e avaliar o seu próprio processo de trabalho. Acreditamos que o acolhimento precisa ser, de fato, encarado como uma prática importante para o cuidado, e não apenas como uma triagem ou encaminhamento. Assim como é necessário sensibilizar e desenvolver o sentimento de participação em todos os atores envolvidos no cuidado, é importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento e qual modelagem se adapta à demanda real de cada realidade.

---

1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP/CE - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ- ESP/CE - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP/CE - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP/CE - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP/CE - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP/CE - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP/CE.

**CONCLUSÃO:** Os profissionais que trabalham na Atenção Primária estão fortemente expostos a uma dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes às demandas, necessidades e manifestações dos usuários é um elemento muito importante para se produzir saúde com equidade e integralidade. Fica evidente neste trabalho a preocupação dos alunos do CTAAS em comprovar que o acolhimento não deve ser burocratizado, deve ser legitimado como uma ferramenta de trabalho em equipe a ser adaptado, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, bem como a importância de tornar cada profissional protagonista e responsável pelo acolhimento no seu espaço de trabalho.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Secretaria de atenção à saúde. Série A. Normas e manuais técnicos. n. 28, v 1, Brasília: 2011.;

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretaria de atenção à saúde. Série B. Textos básicos de saúde. 2. edição, Brasília: 2006.;

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sus. 3 Edição. Brasília: 2006.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Saúde; Cuidado.



# METODOLOGIAS ATIVAS COMO FERRAMENTA NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

*Francinete Viana Gomes  
Annaiza Freitas Lopes de Araújo  
Érica Fontenele Costa Lima  
Aline Severo de Assis  
Aldenôra Gonçalves Pereira  
Roberta Diniz Nogueira Ribeiro  
Camila Mascarenhas Moreira*

**INTRODUÇÃO:** As metodologias ativas são formas de desenvolver o processo de ensino e aprendizado, o qual o estudante torna-se o centro e o responsável pela sua produção de conhecimento. A utilização dessas metodologias favorece a autonomia do educando, o despertar a curiosidade, o estímulo para a tomada de decisões individuais e coletivas, que são essenciais para a prática social no contexto do estudante. Dentre umas das metodologias ativas utilizadas pela Escola de Saúde Pública do Ceará está a problematização, que tem como objetivo instigar o estudante, mediante os problemas vivenciados, a ter uma maior possibilidade de examinar, refletir e posicionar-se de forma crítica (BORGES, 2014). A Portaria GM/MS N° 1996 de 20/08/07 possibilitou a pactuação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, resultando na criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual tem como foco o aprendizado no trabalho e na problematização de casos reais vivenciados por práticas institucionais.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência na utilização de Metodologias ativas na educação profissional em Saúde por um grupo de Supervisores Pedagógicos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza tipo relato de experiência desenvolvido através de relatos e observações por um grupo de supervisores pedagógicos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, localizado em Fortaleza-Ceará. A população do estudo foi composta por setes profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: profissionais da equipe de supervisores pedagógicos que participaram de pelo menos uma capacitação pedagógica e que estão trabalhando na Escola há, pelos menos, 12 meses. Os critérios de exclusão são: os profissionais que não estão inseridos na equipe de Supervisão Pedagógica ou que estejam de férias do serviço no período da coleta de dados. Os dados foram coletados no mês de julho de 2015.

**RESULTADOS:** Observamos que as metodologias ativas são práticas que envolvem o coletivo como um todo e possibilita a construção de soluções de problemas por meio da valorização da troca de saberes, obtida através de diálogos coletivos, em que a escuta é valorizada desenvolvendo sujeitos ativos, com capacidade resolutive. Obtemos, assim, uma transformação na qualidade de vida, estimulando sua autonomia e autocuidado dos indivíduos em uma concepção assistencial diferenciada. O processo educativo deve desafiar o educando a penetrar em níveis cada vez mais profundos e abrangentes do saber. Nisso se constitui uma das principais funções do diálogo. Este se inicia quando o educador busca a temática significativa dos educandos procurando conhecer o nível de percepção deles em relação ao mundo vivido. A educação, em uma perspectiva libertadora, exige a dialogicidade, ou seja, a leitura do mundo coletiva. É a partir dela, do conhecimento do nível de percepção dos educandos, de sua visão do mundo, que se considera possível organizar um conteúdo libertador. A realidade imediata vai sendo inserida em totalidades mais abrangentes, revelando ao educando que a realidade local, existencial, possui relações com outras dimensões: regionais, nacionais, continentais, planetária e em diversas perspectivas: social, política, econômica, que se interpenetram.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Os cursos da Escola de Saúde Pública do Ceará, através da metodologia ativa, desenvolvem atividades que favoreçam aos alunos o crescimento de uma atitude inclusiva na produção e gestão do cuidado, a partir do momento que são

---

1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ.

compartilhadas as experiências anteriores de cada aluno e discutidas, posteriormente, sobre os novos modos de cuidar e novos processos de trabalho que favoreçam o crescimento na produção de conhecimento, tornando-os agentes ativos das mudanças, tão essenciais e urgentes, que os serviços de saúde necessitam. A construção do conhecimento tem um caráter aberto, o que facilita que outras propostas possam ser agregadas, tornando-se assim um processo dinâmico. E esse dinamismo é o fator crucial para que esteja sempre sendo discutida e avaliada, fazendo com que os profissionais de saúde possam atendimento esteja em processo de aprimoramento permanente. Acreditamos também que as atividades em grupo possibilitam um encontro de culturas e saberes diferenciados. A mesma constitui-se em uma estratégia privilegiada para facilitar a expansão de sentimentos, a troca de experiências e construção de aprendizado. E as metodologias ativas surgem na necessidade de agregar ao conhecimento habilidades e atitudes que geram a construção de ensino-aprendizagem a partir das necessidades do serviço pontuadas pelo quadrilátero: ensino, gestão, atenção e controle social em saúde, resultando em um agente da transformação social.

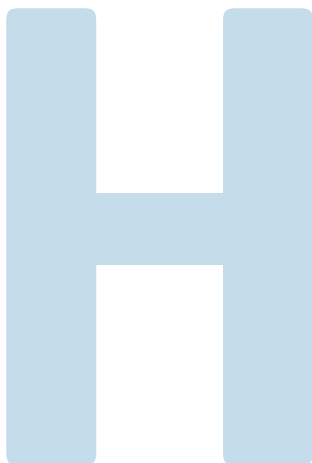
**CONCLUSÃO:** Há uma necessidade de capacitação continuada de profissionais de saúde, através das metodologias ativas, de forma aplicável, tendo que sair da zona de conforto, superando o medo do novo, trabalhando em equipe com superação e motivação para a melhoria do SUS. Assim, poderíamos ter alunos mais críticos e atuantes na sociedade. Vimos que é de suma importância as ferramentas utilizadas por um tipo de metodologia ativa e inovadora, a qual faz com que a procura por conhecimento seja permanente e transformadora.

## REFERÊNCIAS:

BORGES, Tiago Silva; ALENCAR, Gidéia. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. Cairu em Revista, p. 1-19, 2014.;

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1996 de 20/08/07. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). E Acesso em ago.15.

**PALAVRAS-CHAVE:** Metodologia; Educação Continuada; Saúde.



## HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

*Francinete Viana Gomes  
Annaiza Freitas Lopes de Araújo  
Érica Fontenele Costa Lima  
Aline Severo de Assis  
Aldenôra Gonçalves Pereira  
Roberta Diniz Nogueira Ribeiro  
Camila Mascarenhas Moreira*

**INTRODUÇÃO:** O Atendimento Pré-hospitalar (APH) é o conjunto de procedimentos que visam estabilizar a integridade da vítima, impedir novas lesões e agilizar uma rápida remoção para uma unidade de saúde. Destarte a necessidade de rapidez nesse atendimento, a humanização não pode ser esquecida, por isso a Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003 visando à integralidade do serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde. O atendimento humanizado trata o usuário como um indivíduo holístico, que tem necessidades e requer um cuidado qualificado para promover uma melhora rápida e eficiente. Nesse contexto, a formação do Técnico em Atendimento Pré-Hospitalar (TAPH) da Escola de Saúde Pública do Ceará dispõe-se a qualificar o profissional de acordo com competências legais baseadas em motivação, responsabilidade e ética. Deve ter o perfil alicerçado em habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais, pois lida com muitas expectativas desde o início do chamado.

**OBJETIVOS:** Conhecer os aspectos éticos e morais do profissional Técnico em Atendimento Pré-Hospitalar que norteiam o atendimento, a assistência e o modo humanizado de cuidar, abordados no curso técnico da Escola de Saúde Pública do Ceará; compreender a importância da aplicabilidade da Política Nacional de Humanização no desenvolvimento dos profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar.

**MÉTODOS:** Este estudo é um relato de experiência desenvolvido no Curso Técnico de Atendimento Pré-Hospitalar com o propósito de relatar os aspectos éticos e morais que norteiam o cuidado humanizado concebido com atenção, zelo, responsabilidade, afeto e simpatia, voltados para a valorização da vida, em que a ética funciona como instrumento no modo de cuidar, refletindo na qualidade da assistência. O curso é desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará, possui uma carga horária de 1800 h e é voltado para trabalhadores do SUS que já atuam como condutores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Através de metodologias ativas, desenvolvem-se atividades nas quais são trabalhados, nas mais diversas unidades didáticas: Introdução à profissão de TAPH; Avaliação da condição clínica, abordagem pré-hospitalar nas urgências clínicas, cardiológicas e obstétricas; Abordagem pré-hospitalar em problemas e/ou distúrbios comportamentais que abordam os aspectos éticos, morais, responsáveis e proativos.

**RESULTADOS:** O desenvolvimento de comportamentos éticos apresenta o alicerce formado nas ações e atividades do curso TAPH que visam ao desenvolvimento de postura proativa, responsável e totalmente incluídas nos processos de trabalhos no qual os alunos, trabalhadores do SUS, estão inseridos. Perceber que o outro, vítima de um trauma ou transtorno clínico, está sofrendo e possui seus próprios valores e estes não podem ser ignorados é condição fundamental para o desenvolvimento do processo de Humanização. A mudança de comportamento e atitudes observadas nesses alunos, que passam a atuar como multiplicador, é o fator primordial para o fortalecimento da PNH nos serviços de saúde. No APH, a equipe deve zelar sempre pela proteção da vítima, considerando que o profissional deve ter competência não somente técnica, mas também humana, com sensibilidade e postura ética, a fim de manter a integridade da pessoa, buscando quais os melhores e mais disponíveis soluções que se tem diante das reais circunstâncias que a vítima se encontra. Formar profissionais que atuarão, também, como multiplicadores de ações humanizadas só irá favorecer a evolução de uma assistência mais qualificada e eficiente.

**ANÁLISE CRÍTICA:** O curso TAPH da Escola de Saúde Pública do Ceará, através da metodologia ativa, desenvolve atividades que favoreçam aos alunos o crescimento de uma atitude inclusiva na produção e gestão do cuidado, a partir do momento em

1 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 2 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 3 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 4 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 5 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 6 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ.



que são compartilhadas as experiências anteriores de cada aluno e discutido, posteriormente, sobre os novos modos de cuidar e novos processos de trabalho que favoreçam a humanização do atendimento, tornando-os agentes ativos das mudanças, tão essenciais e urgentes, que os serviços de saúde necessitam. A construção da humanização tem um caráter aberto, o que facilita que outras propostas possam ser agregadas, tornando-se assim um processo dinâmico. E esse dinamismo é o fator crucial para que a humanização esteja sempre sendo discutida e avaliada, fazendo com que o atendimento esteja em processo de aprimoramento permanente. Acreditamos que a PNH precisa ser, de fato, implantada em todos os serviços de saúde de forma integral para que se chegue ao objetivo final que é manter um atendimento ético, responsável, dinâmico e eficiente, melhorando, por consequência, a qualidade da assistência.

**CONCLUSÃO:** Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS é condição fundamental para uma melhora da assistência prestada, oferecendo uma atenção integral, equânime com responsabilidade e ética para garantir a valorização dos trabalhadores e avançar no desenvolvimento de uma democratização da gestão e do controle social participativo. O atendimento do TAPH convergiu para aspectos relevantes em que existe a necessidade de educação permanente envolvendo atualizações, oficinas, treinamentos com as equipes, buscando aprimorar os fundamentos técnicos e aumentar a autoconfiança. Diante de todo esse preparo que o TAPH deve obter, torna-se indispensável que o perfil profissional seja adequado ao trabalhar no Atendimento Pré-Hospitalar, considerando a continuidade deste estudo de suma importância, na medida em que muitas necessidades foram explicitadas e devem ser detalhadas, requerendo ações efetivas para que a população seja mais bem assistida.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL, Portaria Federal nº737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2ªed. Brasília (DF), Editora do Ministério da Saúde, 2005. Acessado em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_reducao\\_morbimortalidade\\_acidentes\\_2ed](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed);

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF), 2004;

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). 1ªed. Brasília (DF), Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/humanizacao](http://www.saude.gov.br/bvs/humanizacao);

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização; Educação; Ética.



## DIFICULDADES EM EXECUTAR AÇÕES DE SAÚDE EM AMBIENTE PRISIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Andréia Alves de Sena Silva  
Telma Maria Evangelista de Araújo  
Karinna Alves Amorim de Sousa*

**INTRODUÇÃO:** A organização das ações e serviços de saúde no sistema prisional tem como marcos a publicação do Plano Nacional de Saúde Penitenciário (PNSSP) e, mais recentemente, com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014). Tais normativas preveem a assistência à saúde deste segmento populacional embasadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia do respeito aos direitos humanos, possibilitando ações voltadas para a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção visando também à redução dos agravos provocados pelas condições de confinamento. Entretanto, algumas peculiaridades do regime penitenciário dificultam o desenvolvimento de ações de saúde, como a vigilância constante do serviço de segurança, periculosidade dos apenados e estrutura física precária (DIUANNA et al, 2008).

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência de execução de ações de testagem e aconselhamento para infecções sexualmente transmissíveis em unidades prisionais no estado do Piauí.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo de análise situacional que relata a experiência da realização de ações de saúde integrantes do plano estadual de saúde penitenciária, consistindo na realização de aconselhamento e testagem rápida para HIV, hepatites virais B e C e sífilis. A realização deste estudo também esteve vinculada à investigação de prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis em internos do sistema penal financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí que teve como cenário a totalidade das instituições prisionais de regime fechado do estado (n=12), beneficiando mais de dois mil internos.

**RESULTADOS:** Como evidenciado em outros estudos, observaram-se dificuldades para a execução de ações de saúde, sejam elas preventivas ou assistenciais, tendo em vista as condições físicas precárias; consultórios clínicos e de enfermagem pouco equipados; deficiência de insumos, materiais e medicamentos; superlotação das celas e insalubridade do ambiente, o que facilita também na proliferação de infecções transmissíveis. Percebeu-se que destoante ao preconizado pela PNAISP, o modelo de atenção à saúde prestado assemelha-se ao curativo, sendo o problema de saúde resolvido apenas mediante a existência de queixas, evidenciando deficiência das ações promotoras/preventivas de saúde. Verificou-se também que a presença constante do agente penitenciário impede que o apenado fique à vontade e que interaja e participe do cuidado que lhe é oferecido.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Sousa e Passos (2008) apontam aspectos do sistema penal que, se fossem reestruturados, facilitariam as atividades desenvolvidas por equipe de saúde: segurança, estrutura física/organizacional, gestão de pessoas e recursos materiais. Percebeu-se que diante das condições precárias que o sistema penitenciário se encontra, a execução penal tem limitações para atingir a condição recuperadora da pena de reinserção social. Para Arruda et al. (2013), há um distanciamento entre o que a lei preconiza como direito e o direito existente na realidade, pois são diversas as políticas públicas a favor da cidadania que são criadas, enquanto que os internos do sistema prisional ainda não usufruem das políticas e direitos que lhes são destinados, submetidos a péssimas condições de confinamento. Para que as ações de saúde sejam implementadas a contento, é preciso que os espaços físicos sejam readequados com suporte de materiais, insumos, equipamentos e medicamentos garantidos. Aspectos organizacionais também devem ser aprimorados, como investir no cadastramento dos detentos nos serviços de saúde a fim de facilitar a atualização de informações que deem subsídios às análises epidemiológicas. É bem verdade que são grandes os desafios para a implementação de um plano de tal magnitude e relevância para as áreas da justiça e saúde,

considerando também o financiamento insuficiente que é destinado para a política.

**CONCLUSÃO:** A experiência permitiu reflexão quanto à implantação de políticas intersetoriais no âmbito do SUS, evidenciando que a articulação entre as esferas governamentais de gestão da saúde e da justiça deve ser fortalecida a fim de que sejam elaboradas estratégias de modo a contemplar a demanda de saúde dos internos do sistema prisional do Estado. A pesquisa sugere a ampliação de ações de promoção e prevenção da saúde, considerando os riscos físicos, biológicos e psicológicos que a população carcerária é submetida, com enfoque nas atividades educativas relacionadas ao comportamento sexual e uso de drogas.

## REFERÊNCIAS:

ARRUDA, A. J. C. G. et al. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE on line: Recife, v. 7, esp, p. 6646-54, nov. 2013.;

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União. Brasília, 2003b.;

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Diário Oficial da União. Brasília, 2014.

DIUANNA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 24, n.8, p. 1887-1896. 2008.;

SOUZA, M. O.S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 12, n.3, p. 417-23. 2008.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prisões; Assistência à Saúde; Saúde Pública.



## CULTURA ALIMENTAR: PROBLEMATIZANDO ALIMENTAÇÃO COM GESTANTES ACOMPANHADAS POR UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL- CEARÁ

*Juliana Braga Rodrigues de Castro*

**INTRODUÇÃO:** As representações da alimentação e nutrição ultrapassam as elaborações individuais e subjetivas, sendo reelaboradas na prática, incluem o imaginário, as crenças coletivas, alteradas no tempo e no espaço, sendo indispensável à vida e à reprodução biológica e social, completando-se como objeto sociocultural, econômico, histórico e político, que demanda a atenção dos pesquisadores. Na fase da gravidez, os hábitos de consumo geralmente são modificados, principalmente no que diz respeito à alimentação. As gestantes sentem novas sensações e ocorrem mudanças de humor constantes, o que influencia diretamente o consumo, devendo também ser considerado a cultura pela forte influência neste processo.

**OBJETIVOS:** Conhecer alguns mitos e tabus que ainda existem na cultura alimentar das gestantes, acompanhadas pelo Centro de Saúde da Família, Sobral-Ceará, e que podem trazer repercussões no seu comportamento alimentar.

**MÉTODOS:** Trata-se de um relato de uma experiência, de natureza qualitativa, que retrata a intervenção de uma nutricionista em um grupo de gestantes. A atividade ocorreu em outubro de 2014. O momento teve como público 15 gestantes com faixa etária entre 13 e 39 anos acompanhadas pelo serviço de pré-natal da unidade, tendo como propósito fomentar discussões a respeito de cultura alimentar. No primeiro momento, foi realizada uma dinâmica de acolhimento. O segundo momento foi iniciado com a entrega de uma tarjeta para cada gestante, contendo frases com alguns mitos e algumas verdades sobre alimentação na gestação, por exemplo: “gestantes devem comer por dois”; “tomar cerveja preta ajuda a produzir leite”; “gestante pode fazer seis refeições diárias”; “gestante não pode tomar café”; “carne malpassada pode ser consumida”, dentre outras. Após a entrega das tarjetas, cada gestante lia seu papel e classificava se aquela afirmação era mito ou verdade, gerando uma discussão.

**RESULTADOS:** Alguns mitos foram bem identificados e não estão presentes no cotidiano das gestantes, mas alguns ainda persistem, principalmente a questão da “alimentação por dois”, o que predomina basicamente a quantidade da ingesta, sem se atentar para a qualidade; outro mito que foi bem interessante foi o da “carne mal passada que pode ser consumida pela gestante”, muitas gestantes relataram consumir carne mal passada e não identificar perigo, relataram que com as inúmeras atividades que têm de desenvolver no dia acabam dando preferência às frituras e não se preocupam se a carne está totalmente assada ou não. A falta de conhecimento sobre alimentação saudável pelas gestantes reflete-se nas escolhas alimentares, influenciadas por fatores como aumento do apetite, “o desejo”, o paladar alterado, a convivência, a disponibilidade do alimento e as influências culturais e familiares. Procurou-se não tecer julgamentos e respeitar a opinião de cada uma. Esse momento buscou apenas disparar reflexões nos indivíduos envolvidos no processo sobre a subjetividade existente no ato de se alimentar.

**ANÁLISE CRÍTICA:** As crenças alimentares na gestação possuem como objetivo principal a proteção da saúde da mulher e do bebê, no entanto nem todos os tabus e restrições alimentares podem ser explicados porque a vulnerabilidade não está relacionada apenas à condição fisiológica, mas também à ambiguidade social que se apresenta. Promover a educação nutricional enquanto uma intervenção baseada apenas em preceitos científicos, com objetivo de mudar, transformar comportamentos alimentares, tem se mostrado uma tarefa pouco eficaz. O processo histórico e os aspectos simbólicos da alimentação precisam ser reconhecidos, valorizados e respeitados, nas orientações realizadas pelos profissionais de saúde, com vistas a condensar a

racionalidade técnico-científica e a dinâmica sociocultural como integrantes das ações individuais ou grupais relacionadas à alimentação.

**CONCLUSÃO:** Com este trabalho fica evidente a importância de conhecer e respeitar a cultura alimentar das gestantes a fim de melhorar a assistência pré-natal prestada, oferecendo um suporte nutricional baseado em suas realidades e necessidades e, conseqüentemente, promovendo a saúde do binômio mãe e filho, sem tecer pré-julgamentos e imposições de planos alimentares incoerentes.

## REFERÊNCIAS:

CANESQUI, A.M. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In Canesqui A.M, Garcia R.W.D, (Org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.23-47, 2005. ;

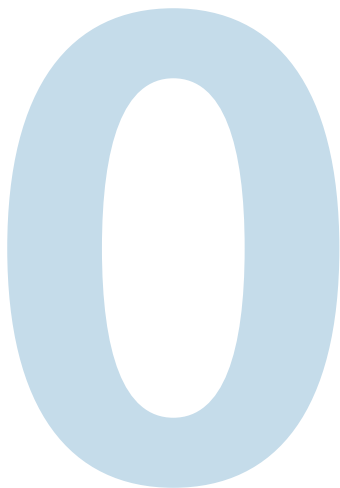
ELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009;

GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P.; FRANCCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. Rev. Nutr Campinas, v.12 n.1 p. 55-63, 1999;

PENA, B.S.; COUTINHO, F.G.A.; PÉPECE, O.M.C. O Que Devo Comer? Influência da Cultura no Comportamento de Consumo de Alimentos por Gestantes. In: Encontro Nacional de Estudos do Consumo I Encontro Luso-Brasileiro de Estudos do Consumo Tendências e ideologias do consumo no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro, p.1-20, 2010;

POULAIN, J.P, PROENÇA, R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Rev. Nutr. v.16 n. 3 p. 245-56, 2003.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cultura Alimentar; Gestantes; Adolescentes; Saúde da Família.



## O PAPEL DA COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA: A ELABORAÇÃO DE UM CURSO A PARTIR DAS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS

*Emanoel Avelar Muniz  
Lielma Carla Chagas da Silva  
Karina Mesquita de Oliveira  
Ana Karina de Sousa Gadelha  
Giovana Grécia Anselmo Viana  
Francisca Lopes de Souza  
Maria Socorro de Araújo Dias*

**INTRODUÇÃO:** A Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011). Diante disso, a gerência possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para efetivação das políticas públicas de saúde (FERNANDES, MACHADO, ANSCHAU, 2009). Assim, reconhecendo a complexidade das demandas da AB e a importância dos gestores para a efetivação de políticas de saúde, pretende-se desenvolver um curso de atualização sobre o papel da Coordenação de Atenção Básica para os municípios da região Norte do Ceará.

**OBJETIVOS:** Identificar o papel da Coordenação de Atenção Básica na ótica dos coordenadores, os desafios na condução do processo de trabalho e as necessidades de aprendizagem para elaborar a proposta de um curso de atualização.

**MÉTODOS:** Segundo a Educação Permanente em Saúde, a organização do processo educativo deve partir do cotidiano de trabalho dos profissionais, assim realizou-se uma oficina de planejamento do curso de atualização sobre o papel da Coordenação de Atenção Básica que ocorreu na sede da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) de Sobral em maio de 2015, realizada pela EFSFVS, com a participação de duas representantes da 11ª CRES, quinze coordenadores de AB dos municípios da 11ª CRES e dois residentes em saúde coletiva. Optou-se por realizar uma amostra com os municípios da 11ª CRES por conta da proximidade com a EFSFVS e por representarem diferentes realidades. Para a coleta das informações, realizou-se um grupo focal e construção de um painel. Após a sistematização das ideias principais, identificaram-se os papéis atribuídos ao coordenador de AB, os principais desafios para execução desse trabalho e as necessidades de aprendizagem.

**RESULTADOS:** Foram descritos como papéis da Coordenação de AB acompanhar/apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), monitorar e avaliar indicadores e ações, planejar atividades, orientar/informar os profissionais sobre normas e protocolos, organizar os serviços, coordenar, executar e fiscalizar programas de saúde. Como desafios, destacaram-se as visitas sistemáticas às equipes, o monitoramento de indicadores e programas, a organização e execução de alguns programas, a educação permanente das equipes e o planejamento das ações. Dentre as necessidades de aprendizagem, emergiram delimitar as competências e atribuições da Coordenação de AB, aumentar o conhecimento sobre análise de dados e organização do processo de trabalho em saúde, entender os sistemas de informação e aprender noções básicas de direito e contabilidade para a gestão em saúde.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Dentre as temáticas para serem trabalhadas no curso, foram sugeridas a supervisão em saúde, monitoramento e avaliação em saúde, planejamento em saúde, apoio institucional, educação permanente, organização dos serviços de saúde e noções de direito e contabilidade para a gestão em saúde. Percebe-se que os coordenadores de AB apresentam variadas necessidades de aprendizagem, envolvendo ferramentas essenciais para a prática gerencial e também buscam uma definição clara de seu papel enquanto gestor municipal e responsável pela ESF. Chama atenção também o interesse dos profissionais por

---

1 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 2 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 3 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 4 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 5 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 6 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS - 7 - ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA - EFSFVS.

questões relacionadas ao direito e contabilidade provavelmente por conta dos conflitos atuais relacionados a prestações de contas e da judicialização da saúde na gestão pública. André e Ciampone (2007) afirmam que o gestor despreparado para tal é hoje um dos nós críticos do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde, levando à manutenção de projetos que devem ser superados.

**CONCLUSÃO:** Diante do exposto, verifica-se que é necessário desenvolver nos profissionais de saúde saberes, habilidades e atitudes para exercerem funções gerenciais na Coordenação de Atenção Básica com competência política, técnico-humanística e ética visando à qualificação do processo de trabalho das equipes da ESF, respeitando os princípios e diretrizes do SUS.

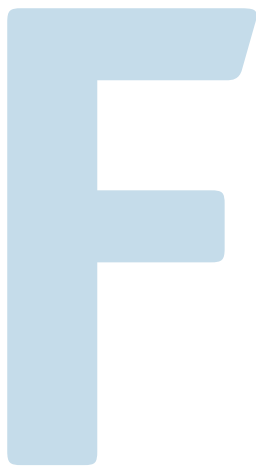
## REFERÊNCIAS:

ANDRE, A.M.; CIAMPONE M.H.T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.41, n. esp., p.835-40, Dez. 2007;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: Acesso em 03 de ago. de 2013;

FERNANDES, L.C.L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, out. 2009. Disponível em: acesso em 30 jun. 2015.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestão em Saúde; Educação Continuada.



## FATORES RELACIONADOS AO NÃO ALEITAMENTO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

*Vivianny Cristina de Sousa Brito*

*Tamyres Rodrigues Batista*

*Andreolly Mark de Sousa Leal*

*Huderlândia Gomes de Sousa*

*Luisa Helena de Oliveira Lima*

*Sanya Elayne Araújo Lima*

*Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo*

**INTRODUÇÃO:** O aleitamento materno é a prática usada para alimentar o bebê com leite produzido diretamente no seio da mãe e seus benefícios abrangem tanto a saúde da mãe como a do bebê. A Organização Mundial de Saúde (2003) propõe que o aleitamento materno seja realizado na primeira hora de vida e ressalta a importância de colocar o bebê no contato pele a pele com mãe logo após o parto, aumentando o vínculo mãe-filho, a prevalência do aleitamento materno e redução dos índices de mortalidade neonatal, sendo dessa forma uma das principais estratégias de promoção e proteção à saúde do bebê. Desse modo, é importante reconhecer os desencadeadores desta prática e seu indeferimento como hábito nos hospitais, se há participação ativa dos profissionais de enfermagem quanto à disponibilização de informações que levem as puérperas a concordarem com esta prática, assim como identificar os benefícios do acolhimento deste como rotina nos hospitais tanto pelos profissionais de saúde como pelas puérperas.

**OBJETIVOS:** Analisar os fatores que interferem na efetivação da prática da amamentação do recém-nascido (RN) na primeira hora de vida, levantando, com isso, dados sobre a prevalência desta prática em um hospital regional do município de Picos-PI, e verificar a participação dos profissionais de enfermagem quanto ao estímulo e à disponibilização de informações sobre a amamentação na primeira hora de vida.

**MÉTODOS:** Estudo de natureza descritiva do tipo longitudinal realizado em hospital público de referência do município de Picos-PI. Composto por todas as crianças nascidas vivas entre abril a outubro 2013. Para a estimativa da população, utilizou-se o número de nascidos vivos de mães residentes em Picos cujo parto aconteceu no referido hospital no ano de 2012, totalizando 700 nascidos vivos, caracterizando uma amostra de 59 recém-nascidos, cujas mães foram entrevistadas, sendo 35 delas aos 120 dias e 33 aos 180 dias de vida da criança. Os dados foram coletados utilizando-se formulário adaptado de outros estudos (BOCCOLINE et al, 2011; CAMINHA et al, 2010), organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central e de dispersão e testes de associação utilizando os *softwares* Excel 2010 e o Statistical Package for the Social Sciences. (SPSS) versão 20.0. A pesquisa foi aprovada na CPPEX com CAAE de nº 13927513.1.0000.5214.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao avaliar os motivos que impossibilitaram o Aleitamento Materno (AM) na primeira hora, constatou-se que a porcentagem de RNs que conseguiram realizar a primeira mamada ao nascer foi de 88,1%, estes tiveram sucesso na realização da prática, e apenas 3,4% das crianças não quiseram mamar. 5,1% das mães afirmaram não ter leite suficiente e 3,4% não sabiam o motivo de as crianças não terem sido amamentadas. Em uma ótica de relação entre os tipos de partos, foi possível detectar que o número de cesarianas (66,1%) foi praticamente o dobro dos partos vaginais (33,9%). No que concerne à relação entre os tipos de partos, Boccolini et al (2013) afirmam que práticas obstétricas, como o parto cesariano, podem afetar o tempo entre o pós-parto e a primeira mamada, bem como a produção e ejeção do leite quando comparado com o parto vaginal. No estudo, a mediana de tempo da realização da primeira mamada foi de 35 minutos. Este resultado nos mostra o avanço das práticas realizadas pelos profissionais de saúde no pós-parto imediato se comparado a outros estudos. Identificou-se problemas relativos às mamas, potencialmente inclinados a não amamentação na primeira hora: fissura mamilar que afetou 3,4% das puérperas, ingurgitamento dos seios, mamilos planos ou invertidos, ductos obstruídos e mastite, mamilos dolorosos, ambas com, respectivamente, 1,7% e as demais 89,8%, afirmaram não terem tido nenhum problema durante esse período. Postula que

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 6 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.



maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos (BRASIL 2009). Estes problemas possuem implicação direta sobre a falta de orientação durante o pré-natal, no qual devem ser repassadas informações sobre o preparo das mamas e a orientação de como deve ser feito o tratamento em cada um destes casos. Quando questionadas sobre orientações, quanto aos cuidados com as mamas, afirmaram ter recebido em maior frequência (18,6%) pela enfermeira, (3,4%) pelos técnicos em enfermagem, (13,6%) não receberam qualquer tipo de orientação e as demais (64,4%) não apresentaram problema nas mamas. Para comprovar a capacidade da amamentação na primeira hora de vida como fator predisponente da Amamentação Exclusiva (AME), foi acurado o número de recém-nascidos que permaneceram em AME, onde das 59 crianças, 88,1% mamaram ao nascer para 11,9% não. Após 120 dias, o número de crianças sofreu uma redução em relação ao aleitamento materno exclusivo, ou seja, 40% das crianças permaneceram sem receber nenhum outro tipo de alimento, somente o leite materno, ao passo que 54,3% das mesmas já recebiam alimentos, chás e outros em sua dieta. Aos 180 dias, a quantidade de crianças em aleitamento materno exclusivo chegou a 9,1%, em que 81,8% já se alimentavam de outros alimentos. Assim, ficou claro que na medida em que os meses transcorrem, o AME vai sofrendo um estreitamento considerável em seus números.

**CONCLUSÃO:** Portanto, das 59 mães participantes, apenas 7 não conseguiram realizar o aleitamento justificando que tinham leite insuficiente, que a criança não queria e outras não sabiam, necessariamente, o motivo. Apesar da existência de programas e iniciativas que convergem para a efetivação do AM, é salutar a importância da participação dos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, cuja incumbência é fornecer assistência e promover o conforto e recuperação do paciente promovendo um vínculo mãe-filho, incentivando o mais precocemente possível o ato do aleitamento materno, auxiliando a mãe e o bebê a se adequarem as suas necessidades. É importante que AM na primeira hora de vida seja implantado como uma rotina hospitalar em todos os países com a finalidade de reffrear a mortalidade neonatal. Apesar de vários estudos acerca da temática, ainda assim é imprescindível novos enfoques que analisem que fatores impedem sua realização e investigar sobre outros possíveis benefícios de sua prática.

## REFERÊNCIAS:

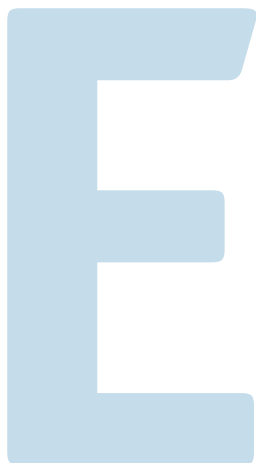
BOCCOLINI, C. S; CARVALHO, M. L; OLIVEIRA, M. I. C.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. vol.89, n.2, p. 131-136, 2013;

BRASIL, MS. Saúde da Criança: Nutrição infantil, Aleitamento Materno e Alimentação complementar. Brasília-DF: Editora MS, 2009. 112p;

CAMINHA, M. F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. Rev Saúde Pública. Vol.44, n.2, p.240-248, 2010.;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del nieque. Ginebra: OMS; 2003.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno; Amamentação; Saúde da Criança; Desmame.



## ENFRENTANDO OS DESAFIOS DO PATERNAR NA ADOLESCÊNCIA

*Hisla Silva do Nascimento*

*Thaís Fragoso Vieira*

*Elaine Costa de Sousa*

*Danila Barros Bezerra Leal*

*Emanuella Albuquerque de França Neres*

*Luma Maria Gonçalves Herculano*

*Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo*

**INTRODUÇÃO:** A busca da identidade adulta e independência somada às modificações físicas e cognitivas são pressuposições típicas que caracterizam a adolescência, período marcado por intensas experimentações, ganhos e perdas. Influências da família e sua cultura, suas companheiras e deles próprios podem definir o desenvolvimento sexual de meninos, sendo a pressão do grupo fator imperativo ao processo. Por estarem em uma fase de reconhecimento de sua masculinidade, sofrem, às vezes, consequências não desejadas na prática de sua sexualidade, a exemplo da paternidade. Esta, na adolescência, representa fator de risco para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. No entanto, o tema parece pouco explorado, tanto no meio científico quanto no social. Considerar a gravidez como exclusividade feminina e atribuir aos meninos papel secundário nos processos reprodutivos, como provimento do lar e sustento dos filhos, sinaliza reflexo da construção social de gênero (GONTIJO et al., 2010; LUZ; BERNL, 2010).

**OBJETIVOS:** Buscando compreender o surgimento desse episódio, bem como subsidiar a prática do enfermeiro no desenvolvimento de ações de prevenção do evento, o presente estudo teve como objetivo analisar as dificuldades encontradas perante a realidade de paternidade na adolescência, descrevendo as percepções do adolescente com relação à inserção no universo da paternidade precoce.

**MÉTODOS:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado entre setembro de 2014 e junho de 2015. Participaram deste estudo 8 (oito) adolescentes, número delimitado após saturação nos discursos, que estavam vivenciando a paternidade, com faixa etária entre 15 e 18 anos. Para alcançá-los, as Unidades Básicas de Saúde se constituíram como o espaço de escolha, através das adolescentes gestantes que iniciaram as consultas de pré-natal, as quais serviram de ligação entre o pai adolescente e o pesquisador, visto a dificuldade de contatar diretamente os pais adolescentes, que usualmente não frequentam os serviços de saúde. Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com parecer nº 886.210, por meio da aplicação de entrevista semiestruturada e para a análise dos dados utilizou-se análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) como intento à interpretação deste conteúdo. O estudo atendeu às exigências expressas na Resolução Nº 466/2012.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A paternidade na adolescência, para Bueno et al (2012), se configura um evento não esperado para a sua faixa etária, por isso pode gerar conflitos psicológicos nos envolvidos. As reações e sentimentos vivenciados com a descoberta da gravidez foram representados, principalmente, por susto, medo, raiva e alegria, conforme segue: “Susto, me assombrei, fiquei nervoso, passei três dias sem dormir... Mas depois veio a alegria, a alegria de ficar sabendo que eu vou ter um filho, mas a primeira reação foi medo, me assombrei” (A-2). Para a maioria dos adolescentes, a paternidade estabelece sentimentos negativos, como renúncia, susto, constrangimento e desagrado, em decorrência de uma súbita adaptação para o enfrentamento de uma nova realidade (MELO et al, 2012. Luz e Bernl, 2010). Os adolescentes, mesmo sabendo do risco de gravidez sem o uso de métodos contraceptivos durante as relações sexuais e diante de indícios da gestação, sempre vivenciam um impacto inicial com a confirmação da gravidez. O sentimento de raiva com a descoberta da gravidez poderá sinalizar para o aborto configurando em uma consequência da não aceitação da gravidez pelo parceiro. “Eu fiquei só com raiva, num tem. Eu fiquei com raiva, mandando ela abortar e ela não queria não, só isso [...]” (A-5). Nesse contexto, a influência do menino pode culminar na concretização do aborto ou na ruptura da relação. Já a aceitação pode decorrer da presença de uma estabilidade

financeira, que outrora não existia. Dessa forma, o susto inicial relaciona-se à incapacidade financeira de exercer o papel de pai como provedor da família. “Hoje eu estou mais tranquilo. Porque eu já tenho casa, que meu pai me ajudou a comprar, transporte, eu trabalho” (A-3). A desestruturação familiar também pode ser um fator contribuinte para a aceitação, uma vez que o adolescente busca obter com a nova situação a família que nunca teve, compensando a falta que o pai fez, estando presente na criação do filho “[...] fez aumentar a minha vontade de mudar. De querer ser alguma coisa na vida, para poder dar para ele a infância que eu não tive, ter uma família (...) vou ter que ficar em casa, com meu filho, com ela [...]” (A-7). Para outros, a paternidade foi uma coisa natural: “Normal, foi normal [...] , [...] Eu já sou um cara preparado pro mundo, tá entendendo. Eu não fiquei tão apavorado não, eu fiquei só assim, meio sem acreditar [...], e é isso... tamo aí vivendo” (A 6-7). Ademais, os significados atribuídos à paternidade referiram-se à obtenção de responsabilidade, necessidade de trabalhar, preocupação com o sustento e cuidado do filho, além da perda de liberdade para sair traduzindo acontecimentos propiciadores de mudanças positivas. “[...] a questão do trabalho que eu não tenho” (A-7). “É para comprar as coisas [...] do dia a dia do menino que é meio pesado, a pessoa tem que trabalhar e tal” (A-4). “[...] A pior de todas é quando ele adoce (A-3)”. “Festas que eu poderia ir, agora não vai dá para ir” (A-2).

**CONCLUSÃO:** Portanto, o susto e o medo foram as principais manifestações dos adolescentes em relação à paternidade precoce, embora contornados em sentimentos de alegria e satisfação com a nova realidade. A aceitação da nova condição se deu após a aquisição de suporte financeiro e contentamento em ter uma família. Aos significados atribuídos à paternidade, destaca-se a obtenção de responsabilidade e a necessidade de trabalhar. Enquanto dificuldades mencionaram a preocupação com o sustento e cuidado do filho, visto que o adolescente ainda possui fragilidades psicológicas e financeiras resultantes da pouca idade. Já a privação do convívio social foi relatada como uma consequência das responsabilidades assumidas. Essas dificuldades representam mudanças repentinas presentes no contexto social e pessoal do adolescente. Por isso, faz-se necessária a construção de rede de apoio ao pai adolescente para que ele possa vivenciar a paternidade sem que esta lhe acarrete consequências negativas.

## REFERÊNCIAS:

- GONTIJO, D. T. et al. Pai é aquele que está sempre presente: significados atribuídos por adolescentes à experiência da paternidade. *Rev. Eletr. Enfe*, v. 13, n. 3, p. 439-448, 2011.
- LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. Processo da paternidade na adolescência. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n.1, p. 43-50, 2010;
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdos*. São Paulo: Edições 70, 2010;
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v.4, n.2, supl. p. 15-25, 2012;
- BUENO, M. E. N. et al. Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 313-9, 2012;
- MELO, A. L. A. et al. Repercussões da paternidade na vida do adolescente. *Rev. RENE*, v. 13, n. 2, p. 261-268, 2012.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Paternidade; Percepção; Assistência à Saúde; Enfermagem.



## CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CEARÁ

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

**INTRODUÇÃO:** Considerando os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade de muitas doenças que exigem tratamento contínuo, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazo, surge também a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde se adaptarem para atender a esta demanda, tanto em nível primário, secundário e/ou terciário (MARTINS et al., 2008). Nesse sentido, Brasil (2006) destaca que a equipe saúde da família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) que necessitem de atendimento no domicílio. Assim, é importante conhecer as características desses idosos que apresentam comprometimento funcional e necessitam de cuidado domiciliar para o planejamento de uma atenção integral e de qualidade.

**OBJETIVOS:** Descrever as principais características sociodemográficas e de saúde dos idosos atendidos no domicílio pela Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará; avaliar o nível de independência nas AVD básicas segundo o índice de Katz e a capacidade cognitiva dos idosos de acordo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

**MÉTODOS:** Esta pesquisa é de abordagem quantitativa do tipo descritiva, o campo de pesquisa foi os territórios de seis Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral e a coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015. Os sujeitos do estudo são 62 idosos, os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a entrevista semiestruturada e duas escalas, o índice de Katz para avaliar a independência nas AVD básicas e o MEEM para avaliar a capacidade cognitiva. Para a organização e análise dos dados, utilizou-se da estatística básica distribuindo em porcentagem as características dos idosos. Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As principais características sociodemográficas dos idosos estudados foram idade avançada, principalmente mais de oitenta anos (59,7%), sexo feminino (67,7%), cor parda (66,1%), zero a quatro anos de estudo (90,3%), viúvas (51,6%), de religião católica (75,8%), com uma renda mensal de um a dois salários-mínimos (79%), convivendo com uma ou mais pessoas no mesmo domicílio (96,8%), das quais apenas uma (33,9%) ou nenhuma (51,6%) trabalha, com destaque para as famílias bigeracionais (35,5%). Todos relataram problemas de saúde, destacando a presença de comorbidades com predominância de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 62,9% dos idosos, Diabetes Mellitus (DM) em 30,6% e distúrbios osteoarticulares em 29%. Uma minoria referiu não utilizar medicamentos (9,7%), observou-se um grande consumo de medicações de diferentes grupos, principalmente anti-hipertensivos (67,7%), antiplaquetários (35,5%) e hipoglicemiantes (30,6%), indicando uma polifarmácia. A grande maioria (91,9%) dos idosos não fazia uso de fumo ou álcool. Na avaliação do MEEM, a maioria (54,8%) obteve um baixo escore, indicando um comprometimento da função cognitiva. O fato está relacionado também à baixa escolaridade dos participantes. Ao avaliar a independência nas AVD dos idosos, a maior parte apresentou dependência parcial (46,8%) com destaque para o banho (43,5%) e o vestir (43,5%); uma menor parte apresentou independência (38,7%); e uma minoria dependência total (14,5%). Diante disso, Lenardt e Carneiro (2013) afirmam que a feminização da velhice é um fenômeno mundial que necessita de atenção. Também, em pesquisa realizada por Linhares et al. (2011) que traçou o perfil das condições sociais e de saúde da população idosa acompanhada pela Atenção Primária de Sobral, Ceará, foi observado

que a maioria dos idosos possuía algum tipo de dependência para realizar as AVD e que idosos da faixa etária mais elevada apresentaram uma maior prevalência de incapacidades.

**CONCLUSÃO:** Conhecendo as especificidades sociodemográficas e de saúde dos idosos sob cuidados domiciliares, pode-se direcionar políticas públicas de saúde efetivas que contemplem suas potencialidades e limitações, proporcionando um envelhecimento ativo e uma atenção que potencialize a autonomia dos sujeitos envolvidos, dentre eles idosos, cuidadores e profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS:

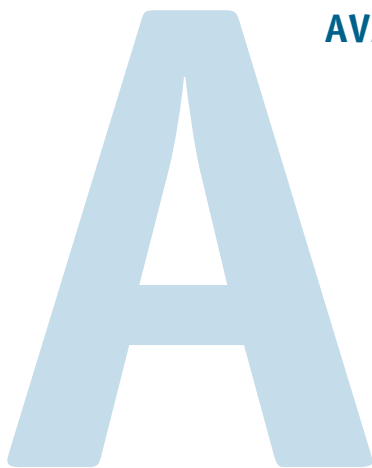
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006;

LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 18, n. 1, mar. 2013. Disponível em: acesso em 05 jun. 2015;

LINHARES, J.C. et al. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de Sobral — CE. *Rev. Rene*. Fortaleza, ano 12, n. esp., p.922-9, 2011;

MARTINS, J.J. et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, Jul. 2008.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Estratégia Saúde da Família.



# AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ATRAVÉS DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM ADULTOS

*Maria Rosiane de Moura Santos  
Paulo Clementino Santos Moura e Silva  
Egídia Carolina Queirós Silva  
Rodrigo Barros Sousa  
Anael Queiros Silva  
Maiane Alves de Macedo  
Robson Alves da Silva*

**INTRODUÇÃO:** O estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes. A avaliação nutricional é uma ferramenta importante para diagnosticar precocemente desvios nutricionais, sendo o Índice de Massa Corporal considerado um método barato, de fácil mensuração, não invasivo e universalmente aplicável.

**OBJETIVOS:** Determinar o estado nutricional de indivíduos adultos através do índice de massa corporal (IMC).

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal cuja amostra foi de 774 pacientes atendidos no período de fevereiro a julho de 2013. Foram aferidas, segundo técnicas padronizadas pela World Health Organization (WHO), as medidas antropométricas de peso e altura. Utilizou-se balança antropométrica mecânica da marca Filizola®, com capacidade para 150 Kg e intervalo de 100g cujo antropômetro acoplado possuía capacidade de 2m e intervalo de 0,5cm, além de trena métrica inelástica flexível, disponíveis no local do estudo. Utilizou-se o sistema de dados do SISVAN web da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) através de seus relatórios consolidados de ambos os sexos. O SISVAN leva em consideração o índice de massa corporal (IMC), segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (1998), para avaliar o estado nutricional dos indivíduos acompanhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Amostra total do estudo foi de 774 indivíduos, considerando sexo masculino e feminino. Entre os indivíduos acompanhados, 4.39% (n= 34) encontravam-se com baixo peso, prevalecendo a maioria da população estudada; eutróficos com 43.8% (n= 339); sobrepeso 36.95 % (n= 286); obesidade grau I 12.4% (n= 96); obesidade grau II, 1.81% (n= 14); e obesidade grau III 0,65% (n= 5).

**CONCLUSÃO:** Diante dos resultados aqui apresentados, observamos que os indivíduos do presente estudo encontravam-se eutróficos, no entanto o sobrepeso e a obesidade se mostram presentes nesta população, portanto alterações na composição corporal ao longo do tempo podem atrair consequências diretas nas funções do corpo, levando ao aumento da prevalência de várias condições associadas à obesidade, tais como diabetes mellitus, dislipidemias, problemas cardiovasculares e respiratórios, desordens psicológicas, ortopédicas e elevação da pressão arterial.

## REFERÊNCIAS:

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia.

IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estado Nutricional; IMC; Adultos.

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 3 - FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFMA. - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 7 - INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ - IFPI.



# NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NO AUTISMO: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE AS INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS APLICADAS NA ALIMENTAÇÃO DO AUTISTA

*Camila da Costa Viana  
Luiza Marly Freitas de Carvalho*

**INTRODUÇÃO:** O autismo é um transtorno global do neurodesenvolvimento, marcado por uma interrupção dos processos normais comportamentais, cognitivos e variadas características sintomatológicas, que se manifestam normalmente até os três anos de idade e afeta em maior proporção indivíduos do sexo masculino. Diversos são os fatores de risco estudados como possíveis promotores dos Transtornos do Espectro autista, nestes incluindo aspectos genéticos, ambientais e de cunho nutricional. Neste sentido, além do tradicional tratamento farmacológico e psiquiátrico, várias formas alternativas de tratamento têm sido propostas, entre as quais se incluem diversas formas de intervenção nutricional. Pois, entre os problemas mais frequentemente identificados em indivíduos autistas, estão patologias gastrointestinais e carências vitamínicas. Estes problemas estão sendo apontados como responsáveis potenciais para intensificar o comportamento da síndrome do espectro autista.

**OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo identificar as intervenções nutricionais que influenciam na sintomatologia comportamental do indivíduo autista, considerando a mudança na conduta alimentar como uma forma de tratamento alternativo para melhoria dos sintomas da síndrome do autismo.

**MÉTODOS:** O estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo transversal, descritivo e qualitativo. A pesquisa foi desenvolvida por meio de um levantamento bibliográfico de artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais, na literatura especializada através de consulta a artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do scielo e da bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs. Descritores utilizados: autismo, nutrição, suplementação vitamínica, intervenções alimentares, Dietas SGSC (sem glúten sem caseína). O levantamento ocorreu no período de março a agosto de 2015 e abrangeu estudos científicos feitos com seres humanos nos últimos 20 anos (1995-2015).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As intervenções nutricionais nos autistas vêm se destacando como algo promissor, uma forma de tratamento alternativo para melhorar a sintomatologia dos problemas gastrointestinais, além da hiperatividade e o déficit de atenção. A maioria dos estudos aponta uma melhora significativa no comportamento dos portadores do espectro autista após restrição de dietas com alimentos fontes de caseína e glúten, bem como suplementação de micronutrientes. Os nutrientes não digeridos, como glúten e a caseína, podem servir de substrato para as bactérias, favorecendo assim o crescimento de uma flora anormal. A instabilidade da flora intestinal, por sua vez, pode conduzir a uma colonização de uma microbiota patogênica e produtora de neurotoxinas, que pode desencadear disbiose promotora de alterações na motilidade gastrointestinal, inflamação da mucosa, na manutenção do balanço hídrico e deficiência na síntese de algumas vitaminas. Por sua vez, as alterações da resposta imunitária resultante do processo inflamatório podem agravar os problemas comportamentais (ADAMS et. al., 2011). De acordo com Greydanus, Patel e Pratt (2008), algumas crianças e adolescentes com autismo podem precisar de dietas especiais cujas intervenções nutricionais se baseiam em algumas carências, como a existência de alergias alimentares ou a falta de importantes vitaminas e minerais que poderiam potencializar os sintomas essenciais do autismo. Há estudos em que pais oferecem para suas crianças autistas uma dieta sem glúten e caseína, no entanto alguns pesquisadores aconselham o suplemento da dieta com vitamina B6 e magnésio. Penessi e Klein (2012) fizeram um estudo no qual foram analisados 387 questionários aplicados a pais e/ou cuidadores de crianças autistas, que manifestavam sintomas gastrointestinais e alergias alimentares. Após as análises, os pesquisadores obtiveram grandes melhorias nos sintomas e nas interações sociais através da adoção de uma dieta isenta

de glúten e caseína. Um estudo elaborado com objetivo de avaliar a eficácia da suplementação vitamínica e mineral concluiu que esta intervenção é benéfica na melhoria do estado nutricional e metabólico do autista, reduzindo também os sintomas da doença. Embora este benefício não seja evidente em todas as crianças e adultos suplementados durante os três meses de estudo, os autores sugerem que uma suplementação mais prolongada possa demonstrar maior eficácia (ADAMS et al., 2011). A ideia de tratamento padrão correlacionado à melhor intervenção nutricional e uma fisiopatologia comum entre a doença do trato gastrointestinal e transtornos do espectro autista permanecem controversas, pois não há um consenso entre a duração da mudança da conduta alimentar e o tipo para com os PEA. Mais estudos precisam ser conduzidos e com maior rigor para definir a relação entre transtornos do espectro autista, trato gastrointestinal e sistema imune.

**CONCLUSÃO: É notório um consenso na literatura de que** a intervenção alimentar possa contribuir positivamente para desenvolvimento de algumas crianças diagnosticadas com autismo, principalmente no que diz respeito à retirada de alimentos fontes de glúten e caseína da alimentação destes indivíduos e, por conseguinte, em menor proporção a utilização de suplementação vitamínica. No entanto, vale ressaltar a necessidade de investigações adicionais, novos estudos que abordem a retirada total ou parcial do glúten e da caseína, tempo de duração da intervenção e potenciais efeitos dos demais suplementos vitamínicos e minerais na vida destes indivíduos a fim de proporcionar maior segurança ao tratamento por parte do profissional nutricionista e respostas aos familiares destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS:

- ADAMS, J.B;JOHANSEN, L.J; POWELL ,L.D; QUIG, D;RUBIN R, A. Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism--comparisons to typical children and correlation with autism severity. **BMC gastroenterology**, Arizona,v.16, p.11-22.marc, 2011.
- GREYDANUS, D. E; PATEL, D. R; PRATT, H. D. Clínicas pediátricas de norteamerica. Madri, Espanha, Saunders,vol. 55, n. 5, p. 11-53, 2008
- PENNESI, C.M; KLEIN, L.C. Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report. **Nutritional neuroscience**. v. 15,n.2,p.85-91.março.2012.Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22564339>> .Acesso em 04 de març.2015.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autismo; Nutrição; Intervenção Nutricional; DSGSC (Dieta sem glúten e caseína), Suplementação Vitamínica.





# NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS E AGRAVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE DO BRASIL

*Brenna Emmanuella de Carvalho<sup>1</sup>*

*Márcia Valéria Pereira de Carvalho<sup>2</sup>*

*Elenir de Araújo Lago<sup>3</sup>*

*Érida Zoé Lustosa Furtado<sup>4</sup>*

*Laís Carvalho de Sá<sup>5</sup>*

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, as ações da vigilância epidemiológica passaram a ter base legal por meio da Lei 6.259 de 1975, posteriormente regulamentada pelo decreto 78.321 de 1976, que instituiu o Sistema de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1975). Atualmente, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória (DANC), bem como conceitua a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal. Vale ressaltar que permite a adoção de medidas de controle, que aumentam a possibilidade de interrupção da cadeia de transmissão de doenças (BRASIL, 2014). A não notificação impossibilita o real conhecimento da situação epidemiológica, prejudicando o planejamento das ações voltadas para seu controle (BRASIL, 2009; MONTEIRO; RUIZ; PAZ, 1999).

**OBJETIVO:** Identificar as doenças e agravos de notificação compulsória registradas em um Hospital Universitário do nordeste brasileiro, bem como descrever as estratégias de vigilância adotadas perante a ocorrência dessas doenças e agravos nesse ambiente.

**MÉTODOS:** Um estudo descritivo, documental, transversal, com abordagem quantitativa. Utilizou-se dados secundários, notificações, ficha de investigações e planilha de registro referentes às doenças e agravos de notificação compulsória registrados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia de um Hospital Universitário do Nordeste do país, no período de setembro de 2013 a setembro de 2014. Realizado a partir do levantamento de dados referentes a todos os casos de notificação que ocorreram no período previamente estabelecido, tendo a análise dos dados sido realizada no mês de outubro de 2014. Utilizou-se como instrumento de consolidação das informações uma tabela elaborada no *Software Microsoft Excel* que deu origem a um banco de dados de doenças e agravos notificados ao SINAN pelo referido serviço. Nessa tabela, as DANCs foram organizadas em ordem decrescente, por número absoluto e porcentagem, de acordo com a sua frequência. A análise de dados, por sua vez, foi realizada a partir da epidemiologia descritiva.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de um ano foram notificados 13 tipos diferentes de doenças e agravos, representando 32% das 46 DANCs elencadas na lista nacional da Portaria nº 1.271, de 2014. As três doenças com maior número de notificações representaram 71,8% do total de agravos do serviço em estudo. Com relação as outras doenças e agravos notificados, tem-se a seguinte distribuição: Tuberculose (7,3%), Leishmaniose visceral (4,8%), Meningite (4,0%), Sífilis adquirida (3,2%), Dengue (2,4%), AIDS (1,6%), Pneumoconioses (1,6%), Malária (1,6%), Febre amarela (0,8%) e Doença de chagas aguda (0,8%). A hanseníase foi a DANC de maior ocorrência, sendo responsável por 40,3% dos casos. Ela é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória, sendo de fundamental importância realizar a vigilância a fim de identificar oportunamente os casos suspeitos; notificá-los, quando houver a confirmação do caso; prevenir e tratar incapacidades; monitorar adesão ao tratamento e ocorrência de reações, bem como a avaliação dos contatos. Vale ressaltar que o número acrescido de notificação de hanseníase no serviço em estudo, que é de atenção terciária, identifica uma lacuna de assistência na Atenção Básica, visto que, segundo o Ministério da Saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada do SUS, sendo o primeiro

1 ENFERMEIRA. GRADUADA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. RESIDENTE EM ALTA COMPLEXIDADE PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ. TERESINA, PIAUÍ, BRASIL.  
2 ENFERMEIRA. GRADUADA PELA FACULDADE SANTA AGOSTINHO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ. 3 GRADUADA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. RESIDENTE EM ALTA COMPLEXIDADE PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ. 4 ENFERMEIRA. MESTRE PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ. 5 ENFERMEIRA. MESTRE PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ.

recurso do paciente, e os serviços especializados devem, somente, oferecer suporte para casos de difícil diagnóstico e maior gravidade da doença. A segunda doença com maior frequência foi as hepatites virais, correspondendo a 20,2% do número de notificações. É importante destacar que estas notificações foram feitas em casos suspeitos, conforme exposto na Portaria nº 1.271, de 2014, não há a necessidade da confirmação sorológica para o NHE notificar ao SINAN. Na busca diária do NHE, os casos são identificados a partir da solicitação médica dos marcadores sorológicos, bem como da visita diária aos postos de internação e UTI. Quando há um paciente com suspeita clínica/bioquímica, o NHE preenche a ficha de investigação e a de notificação do SINAN e, posteriormente, faz acompanhamento diário dos marcadores sorológicos visando confirmar ou descartar o caso (BRASIL, 2002). As notificações por acidente de trabalho com exposição a material biológico teve incidência de 11,3%, ocupando a terceira posição dentre os agravos. Considera-se acidente com material biológico aquele relacionado a sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico) e fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva) se contaminado com sangue (BRASIL, 2006). O NHE atua conjuntamente com o Setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador (SOST). O primeiro se responsabiliza pela notificação do acidente ao SINAN e o segundo pelo atendimento inicial, medidas pós-acidente e acompanhamento do trabalhador no seguimento sorológico pós-acidente.

**CONCLUSÃO:** As ações de notificação são de extrema valia para qualidade do serviço prestado, uma vez que ampliam a oportunidade e a sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica, garante o conhecimento por parte dos profissionais e gestores e se tornam indicadores globais para controle das doenças. É imprescindível a integração dos outros setores do hospital para um melhor monitoramento, que as equipes estejam aptas a identificar casos suspeitos, ter disponibilidade de exames laboratoriais adequados e disponibilidade de serviços de referência dos casos indicados. Foi evidenciada a maior incidência de hanseníase seguida das hepatites virais, que tem número acrescido de casos suspeitos com confirmação descartada, evidenciando que o NHE encontra-se em alerta através da ação de busca ativa diária. Outro caso relevante é o número de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, o que sugere a necessidade de maior realização de atividades educativas no hospital.

## REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

Ministério da Saúde (BR). Exposição a materiais biológicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. **Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1975.

Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1271 de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2014.

Monteiro ALC, Ruiz EAC, Paz RB. Recomendações e condutas após exposição ocupacional de profissionais de saúde. Boletim Epidemiológico – CRT/AIDS – CVE, São Paulo, ano XVII, 1999.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância Epidemiológica; Medidas em Epidemiologia; Notificação de Doenças.

# F

## FATORES PREDITORES DA PRÉ-ECLÂMPسيا E AS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM NASCIDO NO ÂMBITO HOSPITALAR

*Karla Joelma Bezerra Cunha*

*Karoline Barbosa Chagas*

*Joicy de Sousa Leal*

**INTRODUÇÃO:** Dados mostram que mais de meio milhão de mulheres morrem a cada ano de causas relacionadas à gravidez, tendo as DHEG, como principal causa. A mortalidade materna, sendo considerada um problema de saúde pública, e, portanto, um desafio a ser solucionado principalmente pelas consequências negativas ocasionadas. Estima-se, ainda, que 99% das mortes por hipertensão ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (DANTAS, 2010).

**OBJETIVOS:** O estudo teve como objetivo analisar fatores preditores da pré-eclâmpsia e as condições de nascimento do recém-nascido com ênfase no atendimento hospitalar.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal, de abordagem quantitativa, realizada com 100 prontuários de mulheres internadas que se encontravam no puerpério com diagnóstico de pré-eclâmpsia em uma maternidade de referência do estado do Piauí. Para a produção de dados utilizou-se um formulário semiestruturado, os resultados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel, foram codificados e processados no programa Statistical Package for Social Sciences versão 19.0. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Das participantes do estudo, a maioria encontrava-se na faixa etária de 18 a 35 anos. Grande parte eram casadas, de raça parda, provenientes do interior do Estado, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, os pais das pacientes apresentaram alguma patologia, e as mesmas não tinham doenças cardiovasculares preexistentes, o número de gestações estava entre 1 a 3, com feto único. As pacientes realizaram acima de 6 consultas de pré-natal, iniciado no 1º trimestre, não apresentaram a doença na gestação anterior, o parto mais realizado foi a cesariana. Segundo Assis; Viana; Rassi (2008), a raça não-branca (parda) é fator de risco para pré-eclâmpsia independente de fatores como idade, pré-eclâmpsia prévia, obesidade e paridade. Possivelmente este fator pode estar associado ao fato da hipertensão arterial ser mais prevalente nesta população. Amaral; Peraçoli (2011), relatam que o antecedente da patologia na mãe exerce grande influência no desenvolvimento da pré-eclâmpsia, principalmente em mulheres propensas a gestações complicadas por esta síndrome, com o aumento do risco para o desenvolvimento da patologia em sua própria gravidez. Em relação ao índice de massa corporal (IMC) de mulheres com pré-eclâmpsia no 1º trimestre, foram classificadas como adequado, já no 3º trimestre apresentaram sobrepeso. Estudos bibliográficos realizados por Cidade; Margotto; Peraçoli (2011), revelam que o excesso de peso no período pré-gestacional, indicado como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças hipertensivas na gestação, além de ser considerado também como risco para doenças cardiovasculares, que podem repercutir em consequências agravantes ao longo da vida dessas mulheres. As pacientes apresentaram pressão arterial (PA) elevada no ato da admissão na maternidade, os cuidados realizados foram o controle de PA e da diurese por sonda vesical de demora, e a administração de hipotensores associados à anticonvulsivantes como terapia farmacológica. Quanto às características do recém-nascido (RN) a maioria obteve peso entre 2500g a 4000g, comprimento menor que 49cm, em relação a idade gestacional foram classificados como a termo e apresentaram Apgar adequado no 1º e 5º minuto, não houve asfixia por aspiração de mecônio na maioria dos recém nascidos pesquisados. Chaim; Oliveira; Kimura (2008), em seu estudo realizado no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, também revela prevalência bastante significativa em relação ao Apgar adequado, na avaliação dos RNs de mães com pré-eclâmpsia, com porcentagem de 84,1% e 99,2% no primeiro e quinto minuto, respectivamente.

**CONCLUSÃO:** A pesquisa revelou que a maioria das mulheres com pré-eclâmpsia do estudo, não apresentou alguns dos fatores preditores pesquisados para o desenvolvimento da doença. Em relação as condições de nascimento do neonato, também não foi constatado problemas frequentes decorrentes do agravo, como exposto em alguns estudos, no que se refere a prematuridade, o baixo peso e a asfixia neonatal, mas esses por si só não são suficientes para prever se a gestante irá manifestar ou não a doença, assim como o desfecho neonatal será ou positivo ou apresentará algum problema, sendo necessário mais estudos sobre a temática, na tentativa de definir quais são os reais fatores desencadeadores o desenvolvimento da doença, e as repercussões neonatais. No entanto adoção de medidas que permitam diagnóstico precoce, encaminhamento dos casos para as unidades de referência e a realização de ações integradas e qualificadas, podem prevenir a morbimortalidade materna e neonatal.

## REFERÊNCIAS:

AMARAL, W.T.; PERAÇOLI, J.C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. Comunicação Ciências Saúde – 22 Sup1:S161-S168, 2011. Disponível em: Acesso: 13 nov. 2014.;

ASSIS, T.R.; VIANA, F.P.; RASSI, S. Fatores de risco para hipertensão na gravidez. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. V.91, Nº.1, 2008. Disponível em: Acessado em: 10 nov.2014.

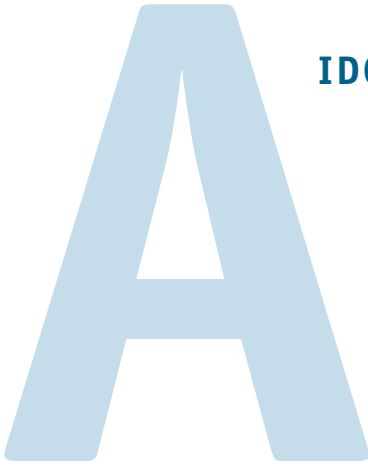
CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; KIMURA, A.F.K. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paulista Enfermagem. V.21, Nº.1, São Paulo jan. /mar. 2008. Disponível em: Acessado em: 03 out. 2014.;

CIDADE, D.G.; MARGOTTO, P.R.; PERAÇOLI, J.C. Obesidade e sobrepeso pré-gestacionais: prevalência e principais complicações maternas. Ciências Saúde, 2011. Disponível em: Acessado em: 17 nov. 2014.;

DANTAS, E.M.M. Perfil epidemiológico dos distúrbios hipertensivos na gravidez. 2010.73p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2010.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-eclâmpsia; Enfermagem; Recém-nascido.

# AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI



*Francisca Elineuda Morais Da Silva*

*Nayara Fernanda dos Santos Silva*

*Thatiana Araújo Maranhão.*

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento populacional é natural e global. No Brasil a população idosa corresponde a 26,1 milhões de pessoas e a estimativa é que em 2050 seja maior que 50 milhões. Porém, o aumento da expectativa de vida não vem acompanhado pelo desenvolvimento da qualidade de vida, pois há uma carga dupla de doenças, englobando as doenças infecciosas e transmissíveis e às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que, com o envelhecimento, transformam-se nas principais causas de incapacidade (OMS, 2005), levando a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das Atividades Instrumentais e Básicas da Vida Diária (AIVD e ABVD) (SOUZA; BRÊTAS, 2007). A dependência física e a instabilidade econômica levam o idoso e/ou seus familiares a optarem por instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (BRASIL,2005). É importante as equipes de saúde o estímulo à hábitos e comportamentos saudáveis proporcionando um melhor desenvolvimento da capacidade funcional do idoso.

**OBJETIVOS:** Avaliar a capacidade funcional de idosos no desenvolvimento das atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária numa ILPI em Parnaíba-PI.

**MÉTODOS:** Estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal realizado em uma instituição de longa permanência para idosos localizada em Parnaíba-PI que abriga 24 idosos, a única da cidade, por isso o pequeno número amostral. Foram entrevistados nove idosos, um idoso se recusou a participar e dos 14 que também atendiam aos critérios de inclusão, mas por algum tipo de incapacidade física ou cognitiva não puderam ser entrevistados, foram observados pela pesquisadora e seus dados foram colhidos através de informações fornecidas por cuidadores e prontuários. Os dados sociodemográficos foram registrados no Instrumento de Coleta de Dados; usou-se as classificações segundo a escala de avaliação da capacidade funcional de Lawton e Índice de Katz. Após a coleta de dados, utilizou-se a estatística descritiva para análise uni variada dos dados, empregando o software Excel®. O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESPI, sob CAAE de número 43761815.0.0000.5209.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos participantes, 74,0% são homens, a maioria tinha de 71 a 80 anos e residiam a menos de quatro anos na instituição. Dos entrevistados, 44,5 % são solteiros e 54,0% possuíam o ensino fundamental incompleto. Todos os idosos recebem apenas uma aposentadoria ou benefício social de um salário mínimo. As principais doenças crônicas identificadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus, Acidente Vascular Encefálico e dislipidemias. A avaliação funcional com base no Índice de Katz (ABVD) mostrou equilíbrio nas 6 funções em destaque, há equivalência nos valores concernentes a independência ou dependência, ou seja, quando um idoso apresenta dependência em um item, os demais, ou pelo menos em cinco funções também ocorre a dependência, para a independência ocorre o mesmo, dessa forma, 58,8% dos homens e 66,6% das mulheres são independentes com predominância do Grau A (Independente para todas as atividades). A maioria dos idosos não possuem perda perceptível de suas capacidades funcionais. Com relação a Escala de Lawton, avaliando as AIVD, é alto o número de idosos que necessitam de ajuda total para realizar as atividades, principalmente para as mulheres ao fazerem compras (83,3%), usar o telefone, preparar refeições e lavar louça (66,6%). Com relação aos homens predominou, usar o telefone (64,7%), seguido de fazer compras e cuidar do jardim (53,0%). Assim, há dependência por parte dos idosos, em que 39,1% são dependentes totais e 47,8% dependentes parciais. Ao comparar as AIVD com as ABVD, constata-se que há prevalência no grau de dependência da primeira sobre a segunda, isso porque hierarquicamente, as perdas ocorrem de atividades instrumentais de vida

diária para atividades básicas de vida diária, devido às AIVD exigirem maior integridade física e cognitiva comparada às ABVD. A capacidade funcional tem interferência direta na qualidade de vida dos idosos. Assim uma equipe multiprofissional capacitada tem o dever de identificar dados referentes à vulnerabilidade dos idosos e da atenção à saúde dos mesmos.

**CONCLUSÃO:** A avaliação funcional com base no Índice de Katz (Atividades Básicas da Vida Diária) revelou que a maioria dos idosos que residem na ILPI não possuem perda perceptível de suas capacidades funcionais, demonstrando que existem outros fatores que influenciam nessa institucionalização, como por exemplo o abandono. Já com relação a Escala de Lawton (Atividades Instrumentais da Vida Diária) há uma grande dependência por parte dos idosos. A avaliação da capacidade funcional ou avaliação geriátrica global feito por uma equipe multiprofissional, com ênfase no profissional de Enfermagem é necessária para analisar a progressão ou retrocesso da saúde do idoso, sendo possível, com isso, elaborar atividades para estimular o desempenho físico e cognitivo proporcionando uma velhice tranquila, digna e com qualidade. Assim, para facilitar o cuidado é importante uma avaliação funcional periódica desses idosos, começando da admissão na ILPI e tornando-se rotina do cuidado na instituição.

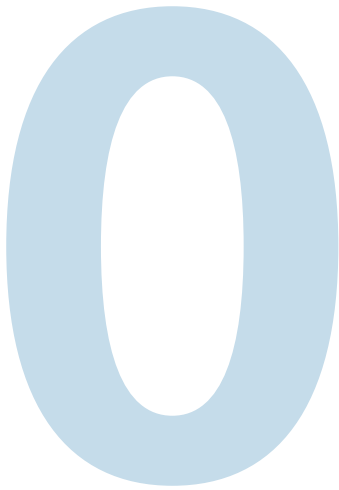
## REFERÊNCIAS:

OMS - Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005.; SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÉTAS, A. L. F. Envelhecimento e Família: uma Nova Perspectiva para o Cuidado de Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. v. 60, n. 3, p. 263-7, 2007.;

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 283 de 26 de setembro de 2005.

Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Envelhecimento; Instituições de Longa Permanência para Idosos; Avaliação Geriátrica Global; Idosos;



## O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

*Dean Douglas Ferreira de Olivindo*

*Anna Kássia Rodrigues da Silva*

*Cinthia Maria do Nascimento Silva*

*Denise Moraes da Silva*

*Poliana Pereira do Nascimento*

*Vânia Maria Alves de Sousa*

**INTRODUÇÃO:** No contexto histórico, as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social e familiar e as ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas geradas por motivação religiosa ou caritativa. Esta situação ainda é existente, mas vem se tornando menos frequente, identifica-se uma mudança de paradigma em que a visão preconceituosa e excludente em relação aos “deficientes” cede à percepção das competências e que se dá pela participação social destas pessoas. De acordo com censo demográfico de 2010 no Brasil mais de 45 milhões de pessoas declaram ter algum tipo de deficiência, no Piauí, a prevalência apresentou-se em torno de 860.430, representando cerca de 27,59% da população. A equipe de enfermagem tem que demonstrar competência para que ocorram mudanças no setor de saúde pública; melhorando a acessibilidade e a adesão de mais clientes portadores de deficiência aos serviços de saúde.

**OBJETIVOS:** Descrever a assistência prestada pela equipe de enfermagem às pessoas com deficiência em Unidades Básicas de Saúde. Analisar o cotidiano da equipe de enfermagem no cuidado as pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde.

**MÉTODOS:** O estudo é do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Os participantes deste estudo foram os profissionais da equipe enfermagem que atuam na Atenção Básica de Saúde e fazem parte da Estratégia Saúde da Família, atuando no mínimo há um ano, a pesquisa se deu Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Teresina-PI. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2015, a técnica de coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada realizada com vinte participantes, a análise foi por meio da análise temática de Minayo. Os riscos desta pesquisa para os participantes foram mínimos, pois, se tratava de uma entrevista, mesmo assim, causou certo desconforto na pessoa pesquisada. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde e depois submetido ao Comitê de Ética em pesquisa de seres humanos da Faculdade Santo Agostinho de acordo com a resolução 466 e aprovado pelo número do CAAE: 39743814.8.0000.5602.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Diante do conteúdo obtido emergiram duas categorias intituladas: Atuação da equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde no cuidado aos pacientes portadores de deficiência e As dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde na assistência de enfermagem as pessoas com deficiência. A primeira categoria observou-se que há dúvidas quanto ao atendimento de alguns profissionais se atende como uma pessoa com deficiência ou não como no discurso a seguir: “[...] eles têm a vez, eles têm prioridade, [...].” (D8). “Atendemos como uma pessoa normal [...]” (D5). Observou-se a existência de algumas ações que melhoram este acesso aos serviços de saúde às pessoas com deficiência, como a prioridade no atendimento e a realização de visitas domiciliares, quando possível. Comprovou-se a falta de material apropriado para atender a essa clientela como no discurso que segue: “é desconfortante para pessoa deficiente porque nós não temos uma balança apropriada” (D6). Problemas nos equipamentos comumente geram frustração na equipe de enfermagem, a falta de materiais compromete as práticas de enfermagem e o alcance de metas de trabalho, as ações são interrompidas e pacientes são encaminhados a outros serviços. Constatou-se que para melhorar o atendimento das pessoas com deficiência física e mental os profissionais da equipe de enfermagem preferencialmente se utilizam das visitas domiciliares como nos discursos abaixo: “[...] a gente faz o atendimento de visita domiciliar, mas é um acompanhamento tipo assim superficial.” (D), “[...]ele é portador de uma necessidade, a gente acaba indo até o domicílio, os agentes de saúde

normalmente agendam [...]” (D16). A atenção domiciliar é uma opção aplicável à realidade brasileira, principalmente à das grandes metrópoles, onde o acesso aos serviços de saúde que realizam o acompanhamento de pessoas com deficiência física ainda se apresenta precário. Na segunda categoria bordou-se as dificuldades na assistência como no discurso a seguir: “Eu tenho a dificuldade de atender o surdo-mudo por não saber os sinais não, ter feito o curso ainda essa é a minha dificuldade (o surdo-mudo) ” (D4). A acessibilidade no serviço de saúde à pessoa com deficiência auditiva pode ser prejudicada, pois as intervenções dirigidas junto a esse grupo populacional, assim como a ava-liação das políticas públicas vigentes, efetivando tudo o que é garantido por lei, representariam uma forma de minimizar as dificuldades decorrentes dessa deficiência e promover a atenção integral em saúde. Verificou-se dificuldades ainda em relação a acessibilidade física do ambiente e do conhecimento das redes de atenção pois muitos profissionais não conhecem o serviço de referência e contra referência e ainda profissionais que relataram não sentir quaisquer dificuldades no atendimento a pessoa com deficiência.

**CONCLUSÃO:** Contudo, fica evidente a fragilidade da assistência da equipe de enfermagem às pessoas com deficiência na Atenção Básica, pois esses profissionais revelaram não realizar uma educação continuada para atuar junto às pessoas com deficiência dentro da instituição de trabalho, relatando que têm muitas dificuldades em lidar principalmente com a deficiência auditiva, pois todos os entrevistados declararam nunca ter feito um curso de LIBRAS. Para que haja uma melhora no cuidado de enfermagem às pessoas com deficiência na atenção básica, é de extrema importância que essa qualificação seja introduzida ainda nos cursos de graduação, por meio da inserção de disciplinas de acessibilidade nos cursos das áreas de saúde. Também se faz necessária a implantação da educação continuada por parte das fundações municipais de saúde, o que refletirá em uma assistência apropriada para essa clientela.

## REFERÊNCIAS:

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010, p.1-215. Disponível em: . Acesso em: 27 ago 2014.;

CASTRO, S. S. de.; PAIVA, K. M.; CÉSAR, C. L. G. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. Rev Soc Bras Fonoaudiol, [s.l], v.17, n.2, p.128-134, 2012.;

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. CORRÊA O. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010.;

PEDROSA, I. de C. F.; CORRÊA. A.C. de P.; MANDÚ. E. N. T. Influências da Infraestrutura de Centros de Saúde nas Práticas Profissionais: Percepções de Enfermeiros. Cienc Cuid Saude, v.10, n.1, p.58-65, jan./mar. 2011.;

ROSÁRIO, S. S. D. et al. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária Rev. Eletr. Enf. V.15, n.3, p.740-746, jul./set. 2013;

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica; Assistência de enfermagem; Deficiência;





## DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ABORTO EM UMA MATERNIDADE DE TERESINA, PIAUI

*Karla Joelma Bezerra Cunha*

*Elaine Carvalho de Oliveira*

**INTRODUÇÃO:** A temática sobre o aborto é polêmica, pois envolve questões éticas, religiosas, culturais e políticas, que influenciam os papéis sociais e, conseqüentemente, a saúde da população. O aborto é o produto da concepção eliminada no abortamento, podendo ser espontâneo ou induzido, por motivos terapêuticos (risco de morte materna e malformação fetal) ou provocado, sendo este o modo ilegal, em que se utilizam procedimentos diversos, causadores de conseqüências sobre a saúde feminina, que vão desde complicações até o óbito materno, havendo repercussões além de físicas como psicológicas na mulher que realiza ou de forma espontânea é acometida.

**OBJETIVOS:** A pesquisa tem como objetivo a realização do diagnóstico situacional do abortamento em uma maternidade de referência do Piauí, no qual caracterizou-se os aspectos sócio demográficos, antecedentes obstétricos e ginecológicos, aspectos clínicos, complicações, fatores de risco e doenças preexistentes das mulheres em abortamento e os métodos terapêuticos mais realizados no abortamento.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com número de CAAE 27963914.2.0000.5602. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2014, com a realização de censo das mulheres diagnosticadas com abortamento admitidas no centro obstétrico, foi utilizado formulário semiestruturado por meio de entrevista, após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelas participantes do estudo, amostra foi composta por 168 mulheres em abortamento. Os dados foram organizados e codificados em planilhas do Microsoft Excel e em seguida processados pelo software Statistical Package for Social Sciences e apresentados em forma de tabelas para análise.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As mulheres estavam na faixa etária entre 26 a 30 anos, raça parda, casadas/união estável, com ensino médio completo, com emprego formal e sem ajuda de programas sociais, tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Eram primigestas, não tinham histórico de aborto anterior, não possuíam hábitos de risco proposto no estudo. A causa mais prevalente foi má formação fetal, seguida por causas desconhecidas, o tipo de abortamento evidenciado foi o retido, de gestação não planejada, mas desejada, não chegaram a iniciar o pré-natal, devido idade gestacional menor que 9 semanas, o método terapêutico utilizado foi a curetagem uterina, averiguou-se que a principal complicação foi a infecção. Estudos de Ramos, Ferreira e Souza (2010), relatam que a faixa etária mais prevalente está entre 20 a 29 anos, sendo que em estudo anterior realizado na mesma instituição, evidenciou que 42,9% tinham entre 20 a 28 anos, considerando-se todos os tipos de aborto. Silva e Andreoni (2012) mostram que as mulheres solteiras podem recorrer mais ao aborto do que as casadas, devido a estigmas sociais e dificuldades econômicas, além da ausência do companheiro. Bankole, Singh e Haas (2001), Sihvo et al. (2003), Menezes e Aquino (2009), que afirmam que abortos ocorrem em mulheres com segundo grau, devido à priorização em concluir os estudos e aumentar a experiência no mercado de trabalho bem como possuir a maior chance de interromper uma gestação do que as baixa de escolaridade. Brasil (2013b) e Silva (2014) relatam que a renda familiar das mulheres em situação de abortamento está entre 1 a 2 salários mínimos, sendo que a maioria não possuía ajuda de programa social; contudo, uma parcela considerável as mulheres não possuíam nenhuma renda, tendo como meio de subsistência o auxílio do bolsa família ou ajuda de terceiros. No que tange as causas do aborto são multifatoriais, vale ressaltar a de maior prevalência foram as

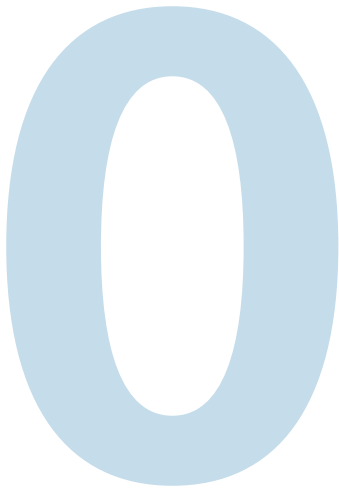
mãs formações fetais, subdividas em anencefalia, anembrionária e mola hidatiforme que podem estar relacionadas a fatores genéticos ou pela exposição ao uso de Cytotec em abortos anteriores (BRASIL, 2012b; OPALEYE et al., 2010). Murchison e Duff (2004) e Arcanjo et al. (2011), em estudo com pacientes com idade gestacional menor que 9 semanas com o emprego de Misoprostol resultou em êxito no esvaziamento uterino em 80%, evitando a intervenção cirúrgica, tendo maior eficácia com administração por via vaginal, além do incomodo após esvaziamento ser menor do que a AMIU, evidenciado por 100% das que passaram por procedimento cirúrgico e 53,6% das que utilizaram somente o Misoprostol como erapêutica. No que se refere as complicações, Silva et al. (2010) refere maior quantitativo das infecções do que hemorragia, considerando-se o aumento do uso ilegal e medicamentoso do Misoprostol e redução de procedimentos invasivos.

**CONCLUSÃO:** A maioria das participantes do estudo são jovens, elas eram pardas devido a maior prevalência racial no país, casadas, fato que chamou atenção, visto que um dos fatores de risco para o abortamento são de mulheres que não possuem cônjuge ou companheiro. Possuíam o ensino médio, tinham emprego formal e renda familiar acima de um salário mínimo, não tinham incentivo financeiro de programas sociais, no qual a renda era obtida através de empregos, as causas encontradas foram malformação e desconhecidas, mostra uma lacuna na pesquisa da etiologia desse processo. O estudo revelou ainda o quantitativo de mulheres sem nenhum histórico anterior de aborto. Ressalta-se que a maioria as mulheres não possuíam hábitos de risco, não usavam álcool e fumo, não se expuseram a agentes químicos e radiação, os procedimentos terapêuticos mais usados foi a curetagem, seguidamente pelo método farmacológico, as complicações mais frequentes foram as infecções e hemorragias.

## REFERÊNCIAS:

- ARCANJO, F. C. N. et al. Uso do misoprostol em substituição à curetagem uterina em gestações interrompidas precocemente. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.33, n.6, 2011. p. 276-280. Disponível em: . Acesso em: 07 nov 2014.;
- BENUTE, G. R. G. et al. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.34, n.2, 2012. p. 69-63. Disponível em: . Acesso em: 04 fev 2014.;
- CHAVES BELMINO, J.H. et al. O aborto incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Clin. Med., v. 9, n.3, 2011. p. 189-194. Disponível em: . Acesso em: 27 out 2014.;
- SOARES, M. C. S. et al. Práticas de Enfermagem na Atenção às Mulheres em Situação de Abortamento. Rev. Rene. v.13, n.1, 2012. Disponível em: . Acesso em 21 fev 2014. ;
- SILVA, D. F. O. et al. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 10, n.4, 2010. p. 441-447.;
- SANTOS, A. G. et al. Perfil de Mulheres em Situação de Abortamento Atendidas em uma Maternidade Pública de Teresina-PI. Rev. Rene, v.12, n.3, 2011. Disponível em: . Acesso em: 22 fev 2014.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Aborto; Saúde da Mulher; Enfermagem;



# O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NO DOMICÍLIO

*Dean Douglas Ferreira de Olivind*

*Silvana Santiago da Rocha*

*Vânia Maria Alves de Sous*

**INTRODUÇÃO:** O cuidado domiciliar envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. A estratégia Saúde da Família (SF) foi estabelecida nessa lógica, de que os indivíduos são atores do processo de saúde-doença, assim, os conflitos sociais de classe, raça e sexo também devem ser abordados pelos trabalhadores da saúde na sua prática. No modelo de atenção à saúde vigente é atribuição do enfermeiro realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na unidade básica de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários como escolas e associações, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. A visita domiciliar é um instrumento utilizado pelos profissionais de saúde da ESF.

**OBJETIVOS:** analisar o cuidado prestado pelo enfermeiro ao neonato no contexto domiciliar e compreender o cuidado prestado pelo enfermeiro ao neonato no contexto domiciliar à luz da Teoria da Universalidade e da Diversidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, afim de que possamos responder ao questionamento de partida.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo foi realizada nas unidades básicas de saúde, onde atuam as equipes da estratégia Saúde da Família (SF), localizados na Coordenadoria Regional de Saúde Sul do município de Teresina, no período de junho a agosto 2012 por meio de nossas visitas, agendamentos e realização das entrevistas com os enfermeiros das equipes. A produção dos dados aconteceu no âmbito das unidades de saúde. Os sujeitos do estudo foram 10 enfermeiros da estratégia Saúde da Família, sorteados de forma aleatória através de suas equipes. Os resultados são apresentados em forma de categorias temáticas que reúnem os conteúdos dos discursos por similaridade e permitem um aprofundamento na sua análise. As categorias temáticas foram nomeadas de: o cuidado de enfermagem planejado ao neonato no domicílio; a visita domiciliar como instrumento para a prestação do cuidado ao neonato; a prestação de cuidados ao neonato no domicílio.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Na categoria o cuidado de enfermagem planejado ao neonato no domicílio observou-se que ao iniciar o pré-natal, a mulher gestante passa a ser vista pelo enfermeiro não mais como um único ser, mas como um binômio e para tal todo o cuidado de enfermagem durante este acompanhamento é direcionado à gestante e ao ser que ela carrega, com vistas ao nascimento saudável. O meu cuidado enquanto enfermeiro ao neonato ele começa já no pré-natal da mãe, a gente faz o pré-natal, o livro de registro, no prontuário já anota a data provável do parto, então naquele período logo depois numa reunião com os agentes comunitários de saúde nas sextas-feiras a gente pergunta se aquela mulher já pariu ou não (D1). Inicialmente tudo começa com a informação do agente na verdade a gente já tem a expectativa dentro daquele mês das crianças que vão nascer por conta do acompanhamento do pré-natal. (D6). Diante das falas percebemos a preocupação dos enfermeiros com a informação da data do nascimento do recém-nascido e que já é planejado durante o pré-natal e com os agentes comunitários de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde o acompanhamento da gestante deve valorizar o nascimento saudável e evitar complicações no parto e puerpério, minimizando os riscos e melhorando os indicadores de mortalidade materna e neonatal. Percebemos em suas falas que o planejamento é um ponto importantíssimo quando se trata de cuidado do neonato no domicílio, pois este planejamento ainda durante o acompanhamento pré-natal poderá garantir que o recém-nascido seja visitado pela

equipe de saúde o mais precocemente possível, como o Ministério da Saúde orienta, na sua primeira semana de vida. Leininger e McFarland (2006), apontam que o cuidado à saúde é exercido em dois sistemas, o popular e o profissional. O sistema popular de cuidado é considerado como o sistema local, das tradições, onde se inclui a família ou a comunidade. Dentro do sistema profissional de cura e cuidado, encontram-se os serviços especializados realizados por profissionais nas instituições. A saúde nestes sistemas é um estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura. Na categoria a visita domiciliar como instrumento para a prestação do cuidado ao neonato identificou-se a realização da visita domiciliar a puérpera e ao recém nascido no âmbito da Atenção Básica, nos sujeitos entrevistados como podemos perceber nas falas: Quando a mulher pari e chega da maternidade que ela vai pra casa dela, aí o agente tenta marcar a visita nesse espaço com menos de dez dias ou uma semana, as vezes a gente consegue chegar lá nesse espaço mas, na maioria das vezes não as vezes quando a gente chega lá o RN já tá com mais de dez dias, mas aí a gente agenda a visita com a família aí nós vamos(D1). Bem, minhas visitas são programadas, quando a parturiente volta para casa, nós vamos com o agente de saúde (D3). É visível compromisso dos profissionais.

**CONCLUSÃO:** A temática cuidada de enfermagem ao neonato no domicílio ainda é pouco abordada nos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, nas pesquisas de uma forma geral e na enfermagem. Embora as temáticas relacionadas à neonatologia já tenham avançado, pouco se tem abordado o cuidado de enfermagem a este grupo de indivíduos na atenção primária em saúde. A Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, de Leininger, foi fundamental para a interpretação das falas dos sujeitos e trouxe grande contribuição para a realização deste trabalho à medida que proporciona subsídios para o cuidado cultural, pois vislumbra a articulação teoria e prática nas investigações em diferentes contextos culturais e valoriza novas expressões para o cuidado de enfermagem. Ao longo do percurso deste trabalho foi possível perceber que os enfermeiros da estratégia Saúde da Família de Teresina se empenham na prestação de cuidados ao recém-nascido no domicílio, enfrentando muitas dificuldades.

## REFERÊNCIAS:

- ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.3, p. 583- 595. Rio de Janeiro, Mar 2009. Disponível em BRASIL. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002;
- CABRAL, I. E.; GROLEAU, D. A prática da amamentação após o método mãe canguru no Rio de Janeiro: a necessidade de educação em saúde e intervenção de Enfermagem no domicílio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, out-dez 2009. Disponível em: Acesso em 16 maio 2012.
- FONTINELE JÚNIOR, K. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. 2ed. Goiânia: AB, 2008. ;

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; Pós-parto; Neonato;

# F

## FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM PARTICIPANTES DO HIPERDIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RECIFE

*Amanda Maria Ramos Tenório de Barros Lima*

*Ana Kelly Alexandre Martins Soares*

*Vânia Pinheiro Ramos*

*Marcus Vinicius Cardoso*

*Sílvia Alcântara Vasconcelos*

*Maria do Carmo Soares de Azevedo*

**INTRODUÇÃO:** O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. Pode resultar de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é a forma mais frequente, sendo responsável por 90 a 95% dos casos de DM. A prevalência do DM2 está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países, particularmente aqueles em desenvolvimento. Estima-se que em 2030 haverá 366 milhões de pessoas com a doença no mundo (WHO, 2011). O DM2 é fortemente associado a quatro comportamentos: uso do tabaco, inatividade física, dieta pouco saudável e uso nocivo do álcool. Estes quatro comportamentos-chave conduzem a alterações metabólicas e fisiológicas: pressão arterial elevada, sobrepeso / obesidade, hiperglicemia e hiperlipidêmica.

**OBJETIVOS:** O objetivo do estudo foi avaliar as morbidades prevalentes nos portadores do Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos no programa Hiperdia da USF Emocy Krause do Distrito Sanitário IV de Recife, caracterizando os inscritos no programa e identificando hábitos de vida que influenciam no controle ou agravamento do DM2 e a periodicidade do monitoramento do tratamento pelo número de consultas realizadas.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo exploratório, observacional e descritivo, com abordagem quantitativa. Foram entrevistados, dos 214 cadastrados no programa Hiperdia, 65 diabéticos, utilizando formulário semiestruturado. As variáveis que constituíram o instrumento de coleta foram sexo, idade, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, procedência, raça/cor, atividade física, dieta, tabagismo, foi ou é fumante passivo, consumo de álcool, tempo de diagnóstico do DM2, tempo e tipo de tratamento utilizado, hipertensão arterial sistêmica, outras doenças, pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e índice de massa corpórea (IMC), com dados antropométricos mensurados. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos pacientes entrevistados, 33,8% são homens e 66,2% mulheres e 35,3% do total desses entrevistados estão na faixa etária de 60 a 69 anos. Quanto à escolaridade 40% eram analfabetos. A renda individual mensal de 18,5% dos voluntários corresponde a menos de um salário mínimo. Quanto aos hábitos, 6,2% dos indivíduos são fumantes e somente 29,2% praticam atividade física. No tocante ao peso, 75,4% dos entrevistados tem IMC acima de 25 kg/m<sup>2</sup>. A obesidade e sobrepeso é provavelmente o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de DM2, encontrando-se, nesse estudo, uma associação significativa entre a prevalência dessa doença e o IMC ( $p < 0,05$ ). Tais dados assemelham-se aos encontrados em outros inquéritos populacionais, a exemplo de Passos (2005), Kuhn e Araújo (2008) e Bosi et al. (2009). Foi encontrada relação positiva entre inatividade física e diabetes. Neste estudo, entretanto, não se encontrou diferença significativa na prevalência dessa doença entre fumantes e não fumantes. A presença de hipertensão em 89,2% dos diabéticos, acrescida da relação positiva entre DM2 e obesidade/sobrepeso e da elevação da medida da circunferência abdominal, pode caracterizar o quadro a síndrome metabólica, evidenciando que esses indivíduos apresentam condições de alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Alguns estudos são consoantes com a alta prevalência de HAS entre pessoas com DM2 (FERREIRA, 2009; SANTOS E MOREIRA, 2012).

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que a caracterização de pacientes com DM2, bem como a identificação das principais morbidades / fatores de risco associadas constitui-se de grande relevância, pois a partir do conhecimento do perfil desta população,

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE - 5 - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ TERESINA - 6 - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ TERESINA.

torna-se possível a formulação de ações e políticas públicas específicas para este público, de forma a orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde, buscando a redução na incidência e no impacto do DM2 sobre a saúde e qualidade de vida da população. O enfermeiro representa importante papel na educação em saúde e orientação adequada a esses grupos, sendo um dos grandes responsáveis por incentivar o autocuidado à saúde, visto que desenvolve atuação mais próxima aos pacientes.

## REFERÊNCIAS:

BOSI, PL. et al. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in the urban population of 30 to 79 years of the city of São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009; 53 (6): 726-732.;

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009; 53(1): 80-86;

KÜHN, M. C.; ARAUJO, B.V. Caracterização de pacientes diabéticas atendidas no programa Hiperdia do município de Giruá/RS. *Rev Bras Far* 2008; 89(2): 91-4.;

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5): 1125-1132.;

PASSOS, V. M. et al. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. *Sao Paulo Med J*, 2005; 123(2):66-71.;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO, 2011.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus; Fatores de Risco; Enfermagem;

# CRAS E NASF: RELATO DE ATUAÇÃO CONJUNTA EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIAS NUMA CIDADE DE PEQUENO PORTE NO INTERIOR DO CEARÁ

*Isabela Cedro Farias  
Gleiciane da Silva Costa  
Camilla Araújo Lopes Vieira*



**INTRODUÇÃO:** Promover saúde independe de áreas e segregações. É o que ocorre, por exemplo, nos serviços de saúde e da assistência social. Nessa última, há o trabalho fortemente consolidado de criação de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), grupos que, entre outros objetivos, visam possibilitar a ampliação do universo informacional dos participantes (BRASIL, 2009). Adotam como um dos temas de trabalho questões referentes à saúde. Já entre os serviços de saúde, sabemos que os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf), em integração com as equipes de Saúde, visam ampliar as ofertas de saúde na rede de serviço. Entre as ações executadas temos as intervenções no território com foco prioritário nas ações de promoção da saúde (BRASIL, 2011). Se os objetivos dos dois serviços em alguns momentos se cruzam e se, mais do que isso, o público alvo é o mesmo, se torna coerente e até mesmo proveitoso a união dos profissionais de ambos os serviços em ações comuns.

**OBJETIVOS:** Objetivou-se realizar, por meio da prática integrada de profissionais da assistência social e da saúde, intervenções em grupos de convivência de idosos, adolescentes e crianças de um município de pequeno porte no interior do Ceará.

**MÉTODOS:** A partir da estratégia de sensibilização das psicólogas que atuavam na saúde e na assistência social para com a gestão do município a ação foi vislumbrada. Teve a duração de seis meses e se iniciou com a participação dos profissionais que compunham a equipe do Nasf do referido município (psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas e nutricionista) nas reuniões de planejamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos (SCFV). No total o município dispunha de 20 grupos de tais serviços, distribuídos entre idosos, adolescentes e crianças. Os mesmos ocorriam na sede, nos distritos e nas localidades do município. A partir desses encontros e planejamentos entre profissionais do Nasf e técnicos sociais do Centro de Referência da Assistência Social (assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais) eram decididas temáticas, ações e intervenções nos referidos grupos.

**RESULTADOS:** A partir da articulação entre saúde e assistência social todos os grupos do município tiveram contato com diversas formas de promoção da saúde através de ações envolvendo esporte, arte, lazer, saúde da mulher, saúde do homem, entre outros. Tais temáticas e a presença dos profissionais já eram reivindicações antigas dos participantes dos grupos uma vez que alguns deles, devido à dificuldade de acesso, só contavam com a presença do educador social, responsável pelo grupo. Outro aspecto a ser destacado da integração dos dois sistemas foi a não duplicação de ações dentro do município, a abrangência do público atendido nas localidades e distritos e o contato da população com profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionista, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional, fato que antes de tal ação ocorria de forma limitada e apenas na sede do município.

**ANÁLISE CRÍTICA:** Sendo o município pequeno (em torno de 17.000 habitantes) e extremamente pobre, apresentava uma série de características que impediram a execução de alguma das atividades planejadas ao longo dos meses. Em algumas visitas aos grupos de localidades mais distantes havia dificuldades recorrentes de se conseguir transportes, pois nem a equipe da saúde e nem a da assistência social tinham transporte próprio. Além disso, os profissionais por vezes eram convocados para realizarem outras atividades no município, fato que o impediram de executarem seus cronogramas. Havia ainda uma fragilidade nos vínculos empregatícios tanto dos profissionais da assistência como da saúde, fazendo com que alguns deles deixassem o município antes mesmo do fim da ação. A soma desses problemas relacionados à logística e a precarização do trabalho impossibilitaram que as atividades tivessem continuidade.

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC.

**CONCLUSÃO:** Embora tenhamos crescido em torno das formas de se fazer saúde ao ponto de reconhecermos que ações nessa esfera devem ter a participação dos mais diversos profissionais, ainda há o que se avançar. A dificuldade de trabalhar dialogando com vários saberes é potencializada quando se trata de serviços distintos. Assim, cada rede de atenção se responsabiliza pelo usuário apenas enquanto estão dentro de seu espaço físico - nem antes de entrarem nem depois de saírem (CUNHA; CAMPOS, 2011). No entanto, o sujeito não recorre a cada um desses serviços sem que leve suas questões de saúde, sociais e educacionais de forma conjunta. Daí a necessidade e a relevância das ações serem executadas também em conjunto, sobretudo quando se trata de promoção de saúde. Os serviços de saúde e da ação social dos municípios precisam investir em cursos e capacitações, uma vez que também é papel a nível unicipal estimular e promover ações de educação continuada, sobretudo da sensibilização do trabalho em parcerias.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais - Resolução do CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, publicada no DOU. Brasília.

BRASIL. Portaria MS 2488/2011. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. MS: Brasília, 2011.;

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, dez. 2011 . Disponível em . Acessado em 26 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>;

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da saúde; Assistência Social; Ação Multissetorial; Intersetorialidade;





# PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA COQUELUCHE NO MUNICIPIO DE TERESINA NO PERIODO DE 2007 A 2014

*Maria Jaqueline Mesquita  
Rafael Vitor Silva Gaioso dos Santos  
Joana Carolina Viana Lima  
Maria do Carmo Soares de Azevedo  
Sílvia Alcantara Vasconcelos  
Ligia Fernanda Vieira Borges*

**INTRODUÇÃO:** Coqueluche, ou pertussis, é uma doença respiratória infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, e é causa importante de morbimortalidade infantil. A incidência da coqueluche apresenta grandes variações em países de uma mesma região e em diferentes regiões de um mesmo país (PELLINI,2005). No Brasil, a coqueluche é uma doença de notificação compulsória. Os dados relativos à notificação e investigação dessa doença são armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2005). A utilização da vacina nos programas de imunização de diversos países mostrou-se altamente eficaz na prevenção de coqueluche grave em recém-nascidos, entretanto a coqueluche continua sendo endêmica no mundo, e sua reemergência foi relatada em muitos países (FORSYTH et al.,2007).

**OBJETIVOS:** Com base nos dados registrados no SINAN no município de Teresina foram confirmados 168 casos de coqueluche no período de 2007 a 2014. Diante da presença de casos da doença no município de Teresina o presente trabalho tem por objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos casos de coqueluche, descrevendo as possíveis causas do aumento do número de casos da doença do município.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, em série histórica, retrospectivo, transversal, realizado por pesquisa de casos notificados e/ou confirmados de Coqueluche em Teresina, registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), A população utilizada abrange todos os casos notificados e/ou confirmados de coqueluche no município de Teresina estado do Piauí, registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) no período de janeiro de 2007 a agosto de 2014. Os dados secundários utilizados referentes à ocorrência de casos de coqueluche foram obtidos na base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde e Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de 2007 a 2014 foram notificados 196 casos suspeitos de coqueluche no município de Teresina e foram confirmados 168 casos da doença no município. O ano de 2014 é o que apresenta o maior número de casos notificados 119 casos, seguido do ano de 2013 com 62 casos, o ano de 2012 apresentou 10 casos e o ano de 2010 apresentou o menor número de casos notificados com apenas dois casos notificados seguido do ano de 2007 com três casos notificados respectivamente. Com relação ao número de casos notificados de Coqueluche em residentes de Teresina segundo faixa etária e sexo masculino de 2007 a 2014 a maioria dos casos notificados ocorreu na faixa etária de 0 a 1 ano com 49 casos, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos com 15 casos notificados. A faixa etária de 5 a 9 anos aparece com 14 casos, seguida da faixa etária de 10 a 14 com três casos, a faixa etária 15 a 19 anos aparece com um caso e a faixa etária 20 a 29 anos apresentou 4 casos notificados. Foram notificados nove casos de faixa etária não informada. Atualmente, a coqueluche representa um crescente problema de saúde pública em países desenvolvidos. Nesses países, a imunização em massa de crianças, iniciada na década de 50, foi seguida por brusca diminuição da incidência da doença (BAPTISTA, 2010). Assim, nos anos 70 e 80 a doença não representava importante ameaça à saúde destas populações. Porém, nas décadas de 80 e 90 ocorreu aumento de número de casos em todas as faixas etárias, indicando reemergência da coqueluche (PICHICHERO et al.,2005). No Brasil, a morbidade da doença foi elevada na década de 80, com mais de 40 mil casos notificados anualmente, chegando a um coeficiente de incidência superior a 30/100.000 habitantes. Na década de 90 a cobertura foi se elevando, podendo, a partir de 1998, observar-se uma modificação no perfil epidemiológico (CDC,2010). Entende-se que a vacinação é uma estratégia eficaz e eficiente de prevenção

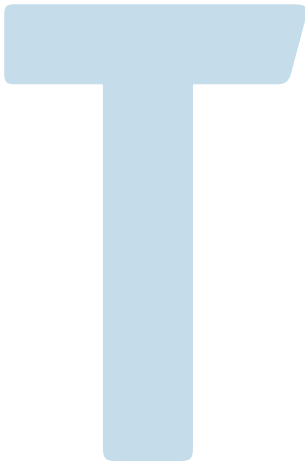
e controle da coqueluche, porém a imunidade não é permanente e dura em média cinco a 10 anos. A proteção cai gradualmente com o passar do tempo, sendo cerca de 85% após quatro anos, chegando cerca de 50% nos três anos seguintes e após 10 anos já é mais reduzida (CORNIA et al.,2010). Acredita-se que o principal motivo para permanência da circulação da bactéria se deva à redução dos títulos de anticorpos protetores contra coqueluche cinco a dez anos após infecção natural ou da última dose da vacina coqueluche. E conseqüentemente, à queda na proteção contra a doença, a geração das principais fontes de infecção para os bebês (AARON et al.,2007). Estudos indicam como estratégia da utilização de uma dose reforço da vacina DPT acelular na adolescência, e também em indivíduos que tenham contato prolongado ou que venham a ter contato com recém-nascidos ou com lactentes que não receberam o esquema básico de vacinação contra a coqueluche (HAY; WARD,2005).

**CONCLUSÃO:** Tendo em vista o aumento do número de casos de coqueluche e a necessidade de identificação, notificação e investigação oportunas, deve-se dar ênfase à necessidade de proceder o encaminhamento apropriado dos casos aos serviços de saúde, em observância às manifestações clínicas compatíveis que caracterizam a definição de caso suspeito de coqueluche, com vistas ao esclarecimento diagnóstico e tratamento adequado. Nesse sentido, também, deve ser ressaltada a importância de administrar e garantir elevadas coberturas vacinais do esquema básico e das doses de reforço, de acordo com o calendário vacinal vigente.

## REFERÊNCIAS:

- Pellini ACG et al. Investigação de casos de coqueluche na Direção Regional de Saúde XVIII-Ribeirão Preto, 2004/2005. BEPA-Boletim Epidemiológico Paulista. Ano 2, n.16 abril,;
- Brasil, Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias, guia de bolso. 5ª ed. Brasília:Ministério da Saúde; 2005. p. 81-4.;
- Forsyth K, Nagai M, Lepetic A, Trindade E. Pertussis immunization in the global pertussis initiative international region: recommended strategies and implementation considerations. *Pediatr Infect Dis J.* may;24(5 Suppl):93-7, 2005.;
- Baptista PN, Magalhães VS, Rodrigues LC. The role of adults in household outbreaks of pertussis. *Int J Infect Dis.* Feb, 14(2):e111-4, 2010.;
- Pichichero ME, Rennels MB, Edwards KM, Blatter MM, Marshal GS, Bologna M, et al. Combined tetanus, diphtheria, and 5-component pertussis vaccine for use in adolescents and adults. *JAMA.* 2005;293:3003-11.;
- Centers for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly.* Notes from the Field: Pertussis—California, January—June 2010.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Coqueluche; Pertussis; Epidemiologia; Imunização;



## TEOR DE SELÊNIO NAS DIETAS DE MULHERES OBESAS

*Priscyla Maria Vieira Mendes;*

*Taynáh Emannelle Coelho de Freitas*

*Juliana Soares Severo*

*Jennifer Beatriz Silva Morais*

*Mayara Monte Feitosa*

*Larissa Cristina Fotenelle*

*Dilina do Nascimento Marreiro*

**INTRODUÇÃO:** A ingestão de uma dieta nutricionalmente equilibrada é essencial para o bom funcionamento do organismo. O consumo elevado de alimentos densamente calóricos associado ao sedentarismo são fatores envolvidos no aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, tais como a obesidade (CUERVO et al., 2014). Estudos atuais têm mostrado inadequação na ingestão de diversos nutrientes pela população obesa, a exemplo do selênio, que participa de funções celulares importantes como a remoção de peróxidos, redução de proteínas ou lipídios oxidados, regulação da sinalização redox e metabolismo da insulina (SAVINI et al., 2013). Dentre os fatores que podem contribuir para a deficiência de selênio em indivíduos obesos, destacam-se as alterações metabólicas características da doença, como aumento do estresse oxidativo, além da ingestão dietética reduzida do mineral devido, principalmente, ao baixo consumo de alimentos fontes (LABUNSKYY; HATFIELD; GLADYSHEV, 2014).

**OBJETIVOS:** Estimar o teor de selênio nas dietas de mulheres obesas e comparar com o grupo controle.

**MÉTODOS:** Estudo transversal envolvendo 25 mulheres obesas pré-menopausadas, na faixa etária entre 20 e 50 anos, atendidas em um centro de saúde da rede municipal, Teresina/PI. Simultaneamente, foram coletados os dados de 26 mulheres eutróficas com características semelhantes ao grupo caso, em relação à idade e situação socioeconômica, que constituíram o grupo controle. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com CAAE nº 31879614.5.0000.5214. O consumo alimentar foi avaliado utilizando-se um inquérito alimentar realizado de acordo com a técnica de registro alimentar de 3 dias. A quantidade de energia, macronutrientes e selênio foram calculados pelo programa "Nutwin", versão 1.5. O percentual médio de adequação de macronutrientes e selênio foi calculado com base nas Dietary Reference Intakes (DRIs) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006). Foram considerados significantes valores de p.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os valores médios e desvios padrão para energia, em Kcal, foram de  $1445,40 \pm 484,51$  e  $1535,65 \pm 304,27$  no grupo de obesas e controle, respectivamente. O percentual de contribuição dos macronutrientes na dieta foi de  $50,49 \pm 7,74$  e  $50,26 \pm 6,94$ , para carboidratos,  $20,48 \pm 6,63$  e  $19,94 \pm 5,97$  para proteínas, e  $29,04 \pm 6,06$  e  $29,70 \pm 3,82$  para lipídios nos grupos de obesas e controle, respectivamente. A análise do consumo alimentar mostrou que não houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação à energia e macronutrientes. Sobre o percentual de contribuição dos macronutrientes para a composição do valor energético total, os resultados revelaram consumo habitual de carboidratos, proteínas e lipídios dentro da faixa recomendada pelas DRIs (INSTITUTE OF MEDICINE, 2005), em ambos os grupos. A ingestão dietética de selênio das pacientes obesas e grupo controle foi de  $22,13 \pm 7,49$  e  $29,00 \pm 10,80$   $\mu\text{g se/dia}$ , respectivamente. Verificou-se que houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao consumo do mineral, sendo que ambos os grupos apresentaram ingestão reduzida de selênio e o grupo de obesas apresentou ingestão ainda menor quando comparado ao grupo controle. Apesar da análise do consumo alimentar ter mostrado que o consumo energético, bem como de macronutrientes, foi semelhante em ambos os grupos, sugere-se que as dietas consumidas pelas obesas e grupo controle possuem quantidade reduzida de alimentos fontes desse mineral, como carnes, peixes e frutos do mar, trigo e produtos derivados, ovos, laticínios, couve-flor, alho, brócolis, mostarda e castanhas, demonstrando que alguns desses alimentos não fazem parte do hábito alimentar comum de mulheres pré menopausadas (MARTENS; MARTENS; COZZOLINO, 2012).

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 3 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 4 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 5 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI. - 7 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI.

**CONCLUSÃO:** A partir dos dados apresentados, pode-se concluir que as participantes desse estudo apresentam ingestão de energia, carboidratos, proteínas e lipídios dentro da faixa de recomendação e sem diferença entre os grupos. Em relação ao teor de selênio, as participantes de ambos os grupos ingerem dieta com baixo teor deste mineral, sendo que as obesas apresentaram um nível ainda menor.

## REFERÊNCIAS:

CUERVO, M.; SAYON-OREA, C.; SANTIAGO, S.; MARTÍNEZ, J. A. Dietary and Health Profiles of Spanish Women in Preconception, Pregnancy and Lactation. *Nutrients*, v. 6, n. 10, 4434-4451, 2014.;

INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary Reference Intakes for Energy Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acid. Washington, DC: National Academies Press, 2005.; INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements. Washington DC:

National Academy Press, 2006.;

LABUNSKYY, V. M.; HATFIELD, D. L.; GLADYSHEV, V. N. Selenoproteins: molecular pathways and physiological roles. *Physiol. Rev.*, v. 94, n. 3, 739-777, 2014.;

MARTENS, I. B. G.; MARTENS, A.; COZZOLINO, S. M. F. Selênio. In: COZZOLINO, S. M. F. Biodisponibilidade de nutrientes. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2012.;

SAVINI, I.; CATANI, M. V.; EVANGELISTA, D.; GASPERI, V.; AVIGLIANO, L. Obesity-Associated Oxidative Stress: Strategies Finalized to Improve Redox State. *Int. J. Mol. Sc.*, v. 14, n. 5, 10497-10538, 2013.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade; Selênio; Consumo alimentar;



# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA HUMANA DO MUNICÍPIO DE IPU-CE, NO PERÍODO DE 2007 A 2014

*Karina Marques de Mendonça  
 Antonia de Maria Gomes Paiva  
 Janne Michelle Costa Dias  
 Vanessa Silva Farias  
 Juliana Bezerra Guilherme  
 Edmara Maria Peres Martins  
 Alexandra Paiva Vale*

**INTRODUÇÃO:** A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, causada por protozoários do gênero leishmania, transmitida por diferentes espécies de flebotomíneo, que acomete pele e mucosas. É considerada primariamente como zoonose de animais silvestres, e o homem secundariamente. A transmissão ocorre pela picada do flebotomíneo infectado, com período de incubação no homem em média de dois meses, variando de algumas semanas a dois anos. A manifestação clínica pode variar desde uma simples lesão cutânea até lesões de mucosa, causando mutilações severas e permanentes. No município de Ipu-CE, a LTA Humana é endêmica e a despeito da ampla distribuição e do crescente número de casos, pouco se conhece a respeito de várias características clínicas, biológicas e ecoepidemiológicas da doença no município.

**OBJETIVOS:** Delinear o Perfil Epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Humana do município de Ipu-CE, no período de 2007 a 2014; caracterizar os casos de Leishmaniose Tegumentar Humana, segundo as variáveis, faixas etárias e sexo, do município de Ipu-CE, no período de 2007 a 2014; descrever a zona de procedência dos casos de LTA Humana, do município de Ipu-CE, no período de 2007 a 2014.

**MÉTODOS:** O presente estudo é do tipo descritivo e transversal com dados secundários, dentro de uma abordagem quantitativa para análise dos dados. Local do estudo foi o município de Ipu-CE localizado a 295,5 KM da capital do estado Fortaleza, tem uma população de 40.296 habitantes residentes no censo do IBGE de 2010, com clima Tropical quente semiárido. Os dados foram retirados do banco de dados do SINAN net, referente as notificações confirmadas de Leishmaniose Tegumentar Americana do Município de Ipu-CE. O estudo foi compreendido nas notificações confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana Humana no período dos anos de 2007 a 2014. Foram utilizados o relatório de conferência e o TABWIN na tabulação e avaliação dos dados apresentados. Os dados após serem coletados foram registrados e compilados no programa de computador Microsoft Excel e descritos sob a forma de valores absolutos e relativos. Sendo em seguida analisados e interpretados com base na literatura específica.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período compreendido entre 2007 a 2014, foram notificados 295 casos autóctones de LTA no município de Ipu-CE. A média anual de casos de LTA notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2007 a 2014 foi de 37 casos ano, com maior número de casos (85) em 2007, apresentando um declínio durante os anos e um aumento em 2014 de 52 casos confirmados de LTA no município. Diante do número de casos no município de Ipu, podemos considerar que este município tem um comportamento epidemiológico endêmico de LTA, com casos todos os anos do referido período do estudo. Segundo o Ministério da Saúde (2010), e considerado município endêmico o município que notificou um ou mais casos autóctones de LTA nos últimos dez anos. Em relação à distribuição por sexo, constatou-se que 58% dos casos de LTA ocorreram no sexo masculino e 42% no sexo feminino, evidenciando um predomínio durante os anos das notificações de casos no sexo masculino. Este fato é provavelmente explicado por ser o homem o indivíduo mais exposto, devido a seus hábitos de caça e pesca. Explicação está, comprovada por o estudo que pode ser evidenciado por SMITH (2004), quando relata que a LTA é mais comum em homem, provavelmente devido aos riscos ocupacionais. Em relação a faixa etária, a mais atingida foi a

1 - PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJOTA- PMV - 2 - AUTARQUIA MUNICIPAL HOSPITAL DR JOSE EVANGELISTA DE OLIVEIRA - 3 - AUTARQUIA MUNICIPAL HOSPITAL DR JOSE EVANGELISTA DE OLIVEIRA - 4 - PREFEITURA MUNICIPAL DE BARROQUINHA - 5 - PREFEITURA MUNICIPAL DE IPU- PMI - 6 - AUTARQUIA MUNICIPAL HOSPITAL DR JOSE EVANGELISTA DE OLIVEIRA - 7 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ.

de 40 a 59 anos com 27,5% dos casos de LTA durante toda a série histórica do estudo, destacando-se também a faixa etária de 20 a 39 anos com 26,1% dos casos e a faixa etária de mais de 60 anos com 24,7% dos casos e na faixa etária de 0 anos a 19 anos 21,7% dos casos. Podemos observar que a LTA atinge todas as faixas etárias tendo mais destaque para a faixa etária com idade entre 40 a 59 anos que incluir a faixa etária economicamente ativa, ressaltando assim o risco ocupacional dessa doença. Ao estratificarmos o local de procedência dos casos, segundo zona de ocorrência, constatou-se que no período de 2007 a 2014, há uma predominância da zona rural com respectivamente 58,6% e zona urbana 41,4%. Isso nos mostra que o comportamento da LTA no município de Ipu-CE concentra-se o maior número de casos na Zona rural, mesmo o município tendo a predominância da população do censo 2010 constatar que a maioria da população reside na Zona urbana 63, 5% IPECE (2014).

**CONCLUSÃO:** Neste estudo evidenciou-se que a Leishmaniose Tegumentar Americana apresenta uma alta ocorrência no município de Ipu-CE, encontrando-se acima da média nacional esperado para esta doença. Além disso, verificamos a concentração de casos na faixa etária de 40 a 59 anos 27,5% dos casos durante o período do estudo o que reforçou a constatação de que a transmissão da LTA é mais comum neste grupo de pessoas economicamente ativos. Percebendo-se ainda uma predominância de casos no sexo masculino, considerando estar relacionada ao risco ocupacional. Em relação à zona de procedência, foi observado durante o período do estudo estabelecimento da Leishmaniose Tegumentar Americana predominantemente de transmissão em Zona Rural. Diante do exposto pode-se recomendar que: -O Estabelecimento de medidas mais eficazes do controle da LTA em zona rural. - Melhoria das condições de moradias evitando o desmatamento e exposição ocupacional; - A notificação e diagnóstico da LTA precocemente em nível local.

## REFERÊNCIAS:

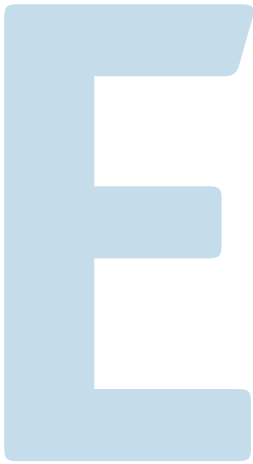
BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7 ed . Brasília: DF, 2010.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. 2ed. Atualizada. Brasília: DF, 2010.;

SMITH, D. S.; RELMAN, D. A. Leishmania e Trypanosoma. In: WILSON, W. R.; SANDE, M. A. Doenças Infecciosas, Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: artmed, 2004. Cap. 85, p. 853.;

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ-IPECE. Perfil básico municipal ipu 2014. Disponível em: > Acesso em: 24 Ago.2015.;

**PALAVRAS-CHAVE:**Leishmaniose cutânea; transmissão de doença; notificação de doença; perfil de saúde;



## ESTUDO RETROSPECTIVO DOS CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE PULMONAR NO PERÍODO DE 2010 A 2014 NO MUNICÍPIO DE PIRIPIRI-PI

*Rodrigo Santos de Melo  
 Marcela de Carvalho Correia  
 Letícia Brito Magalhães  
 Etielle Barroso de Andrade  
 Erandi Meneses de Araújo  
 Arizan da Silva  
 Auzair Moraes de Oliveira*

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública no Brasil que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, albergam 80% dos casos mundiais da doença. Ela é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Apresenta-se sob a forma primária e secundária, manifesta-se em homens e mulheres de todas as idades, porém, estão mais vulneráveis indivíduos imunossuprimidas, as que fazem uso excessivo de álcool, famílias numerosas e de baixa escolaridade. Sua transmissão acontece de maneira direta, de pessoa a pessoa, através da fala, espirro ou tosse, por meio de pequenas gotas de saliva. Embora seja uma doença que se pode prevenir, na grande maioria dos casos, e o tratamento seja pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a TB é uma doença curável, desde que seja feito o tratamento adequado, seguindo seu esquema terapêutico.

**OBJETIVOS:** A pesquisa tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos portadores de tuberculose pulmonar (TBP) do município de Piripiri – PI, no período de 2010 a 2014, traçando o perfil segundo: idade, sexo, escolaridade, tipo de entrada e agravos associados, além de analisar a condição epidemiológica da TBP de acordo com os antecedentes epidemiológicos, dados clínicos, laboratoriais e tratamento.

**MÉTODOS:** Foi desenvolvido um estudo retrospectivo de caráter descritivo e documental que analisou o perfil epidemiológico das pessoas acometidas pela tuberculose nos últimos 05 anos em Piripiri-PI e para realização desta pesquisa foi solicitado autorização para acesso aos dados do SINAN junto ao Secretário Municipal de Saúde de Piripiri e a coordenadora do Departamento da Vigilância em Saúde da referida cidade para fazer o levantamento dos casos de tuberculose. Fizeram parte dessa pesquisa 64 casos de Tuberculose Pulmonar que tiveram o diagnóstico confirmado no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. A coleta dessa pesquisa foi alcançada por meio das informações contidas no banco de dados do SINAN. Os dados obtidos foram analisados e depois processados segundo: Idade, Sexo, Escolaridade, Tipo de Entrada, Agravos Associados e ano de notificação.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período de 2010 a 2014 foram notificados na cidade de Piripiri, 64 casos de tuberculose. Segundo Mascarenhas, Araújo e Gomes (2005), o Centro de Saúde Dr. Adauto Coelho de Rezende, notificou em 1998, 49 casos de tuberculose e em 1999, 48 casos, totalizando 97 casos. Isso indica uma queda no número de casos se comparado com os dois anos anteriores de notificação (1998/1999), mostrando uma eficácia na prevenção e combate a TB. A maior incidência de tuberculose foi observada entre os indivíduos na fase adulta, que corresponde à faixa etária de 20 a 64 anos, apresentando 54 casos de infecção por TB (84,4% dos casos estudados), afetando principalmente o sexo masculino, com 57,8%. Em um estudo realizado na capital Teresina - PI, no período de 1999 a 2005, foram notificados 2.600 casos novos de tuberculose de todas as formas clínicas da doença, com média de 371 casos/ano. Com referência aos dados clínicos – epidemiológicos, os casos ficaram distribuídos em 80,23% na forma pulmonar, porém, para fins de comparação, observa-se uma discrepância se comparados os casos notificados no interior (Piripiri) com os da capital. Em 2011 foram diagnosticados 14 casos de TB pulmonar, de modo que 07 não concluíram o ensino fundamental e 05 eram analfabetos. Embora, o bacilo da TB tenha infectado indivíduos de escolaridade de nível médio e superior, a prevalência da doença ocorreu em pessoas de menor escolaridade. Dos infectados pelo bacilo da TBP, 27 casos (42,2%) possuíam o ensino fundamental incompleto e 14 casos (21,9%) eram analfabetos. Estes dados

corroboram com a pesquisa realizada no município de João Pessoa – PB. Após análise dos dados constatou-se 52 casos novos (81,3%) e 10 transferências (15,6%) de TBP ocorridos nos anos de 2010 a 2014. Entre os agravos associados, 9,4% estavam associados ao diabetes e 9,4% ao alcoolismo. A coinfeção TB/HIV foi inferior aos demais agravos e a grande maioria dos casos de TB pulmonar ocorridos foram diretamente relacionada ao potencial de infecção pelo bacilo, infectando 62,4% das pessoas, sem que estas estivessem agravos.

**CONCLUSÃO:** A TB é capaz de ser prevenida ao se investir maciçamente no tratamento. As campanhas de prevenção vêm mostrando resultados positivos, com diminuição do número de casos. Ao analisar apenas os anos de 2011 e 2012 houve uma redução brusca comparando com estudos anteriores. No que confere ao sexo é notável a maioria masculina, indo de encontro ao que está na literatura. Isso também se repete quando se analisa a escolaridade e o número de casos novos, assim como os agravos associados.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284p.;

COELHO, D. M. M. et al., Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiologia Serviço Saúde, Brasília*, v. 19, n.1, p 33-42, 2010.;

FERREIRA, A. C. G. et al., Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília*, v.39, n. 1, p.76-83, 2013.;

FREITAS, I. M. et al., Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto - SP, Brasil. *Revista Texto e Contexto - Enfermagem, Santa Catarina*, vol.21, n.3, p.642-649. 2012.;

MASCARENHAS, M.D.M; ARAUJO, L.M; GOMES, K.R.O.; Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde, Brasília*, v. 14, n. 1, p. 7- 14, 2005. ;

SILVA, A.T. P; MONTEIRO, S.G; FIGUEIREDO, P. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica. São Paulo*, v. 9 n. 1 p. 11-4, 2011.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose; Epidemiologia; Controle;





## ABORDAGEM GRUPAL COMO ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DA ANSIEDADE NA GRAVIDEZ

*Karina Oliveira de Mesquita*

*Raissa Mont' Alverne Barreto*

*Maria Angelúcia Silveira Brandão*

*Thayssa Rodrigues Macedo*

*Luara Melyna Pontes de Souza*

*Ana Jayra Farias*

*Maria Adelane Monteiro da Silva*

**INTRODUÇÃO:** A gravidez é um período marcado por intensas alterações fisiológicas e psicológicas. Os hormônios femininos possuem grande influência nesse processo (COSTA et al. 2010). Durante a gravidez eles sofrem um aumento em sua concentração, modificando o corpo da mulher, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas, inclusive o desencadeamento ou a exacerbação de sintomatologia depressiva, podendo apresentar sintomas como ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudança no apetite, insônia e perda de energia (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006). Nesse sentido, os quadros de ansiedade são muito frequentes e deletérios à mulher em idade reprodutiva. A participação das gestantes em grupos tem se mostrado de grande valia, trazendo aspectos terapêuticos e suporte a estas pessoas, uma vez que, um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamentos a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações (SANTOS, 2007).

**OBJETIVOS:** Conhecer os fatores que favorecem a ansiedade na gestação e desenvolver abordagem grupal visando a sua minimização.

**MÉTODOS:** Pesquisa-cuidado de cunho qualitativo, na qual se utilizou abordagem grupal com 8 gestantes na Unidade de Saúde do bairro Pe. Palhano, Sobral-Ce, em outubro e novembro de 2014. A abordagem grupal seguiu as fases: planejamento, intervenção e avaliação. No planejamento foram feitos encontros com as gestantes nas consultas de pré-natal, identificando-se níveis altos de ansiedade vivenciada por elas. Na intervenção tiveram dois encontros em grupo, com momentos de discussão, troca de experiências, exposição dos medos, espaços de relaxamento e orientação. Na última etapa foi avaliado se a abordagem foi satisfatória. Foram feitas observações e registros dos acontecimentos-chaves em diário de campo. O conteúdo registrado foi analisado a partir da técnica de análise de conteúdo, visando analisar os fatores desencadeadores da ansiedade na gestação. A pesquisa seguiu a Resolução nº. 466/12 (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme CAAE 02574512.1.0000.5053.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da aproximação com as participantes da pesquisa e do desenvolvimento da abordagem grupal foram estabelecidas discussões que priorizassem o levantamento das necessidades das gestantes e suas dificuldades sentidas no momento. Assim, a partir da constatação de que o estado emocional das gestantes estava bastante alterado, o foco das discussões em grupo direcionou-se à ansiedade na gestação. No desenvolvimento da pesquisa, inicialmente objetivou-se conhecer os fatores desencadeadores da ansiedade na gestação e, posteriormente, a realização de uma abordagem grupal a fim de minimizar tais impactos no período gravídico. Dentre os fatores que levavam à ansiedade, os mais citados foram medo do parto, insegurança do bem-estar do bebê, papel como mãe e incapacidade de amamentação. Tais fatores contribuem para o acúmulo de preocupação excessiva, causando tensão, insônia e falta de controle sobre pensamentos. A ansiedade na gestação é caracterizada por um estado de insatisfação, intranquilidade, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida. As sensações de medo, sentimentos de incompetência, transtornos do sono, tensão muscular que causa dor, tremor e inquietação fazem parte deste quadro (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006). A representação social sobre a parturição identifica-a como uma etapa dolorosa do processo fisiológico da gravidez, sendo a resposta comportamental influenciada pela dimensão emocional e ambiental. Fatores socioculturais interferem no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parturição (PEREIRA;

1 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC) - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) - 5 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) - 6 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA).

FRANCO, BALDIN, 2011). Nos momentos de intervenção em grupo, na tentativa de amenizar tensões e desconfortos, foram proporcionados momentos de relaxamento profundo com o apoio de massoterapeutas, as quais propiciaram redução das dores musculares e articulares causadas pelas alterações na postura, fraqueza muscular, tensões e ganho de peso, além de atuarem sobre o sistema nervoso melhorando a digestão e o sono. Constatou-se que, no decorrer dos encontros, após diálogos, exposição dos sentimentos, troca de experiências entre as primíparas e múltiparas e momentos de relaxamento, as gestantes sentiram-se mais tranquilas, confortáveis e confiantes para vivenciar a gestação. Silva et al. (2014) afirmam que a participação em grupos permite à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo. Um grupo que dê suporte a gestantes pode proporcionar discussões que envolvam vários componentes afetivos, possibilitando um clima de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal.

**CONCLUSÃO:** O trabalho de intervenção com o grupo de gestantes atingiu resultados expressivos uma vez que se configurou como dispositivo de suporte social, mediante trocas de conhecimentos, experiências e vivências. Constatou-se a importância do acompanhamento eficiente e integral ao pré-natal como apoio emocional e esclarecimentos de dúvidas e questões que surgem nesse período, permitindo assim, a criação de um maior vínculo entre gestantes e seus familiares com as equipes da Unidade Básica de Saúde. Concluiu-se ainda sobre a importância do enfermeiro em desenvolver abordagens grupais com foco nas necessidades dos usuários, transformando as ações em práticas eficazes com vista à aprendizagem significativa. Espera-se que a pesquisa incentive os profissionais de saúde a desenvolver trabalhos educativos diferenciados com foco nesta população específica, visando à melhoria crescente da qualidade da assistência humanizada e qualificada.

## REFERÊNCIAS:

BAPTISTA, A.S.D.; BAPTISTA, M.N.; TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. PSIC - Revista de Psicologia, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006. Acesso em 3 dez 14. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (revoga as seguintes resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). Brasília: Ministério da Saúde/CNS, 2012.;

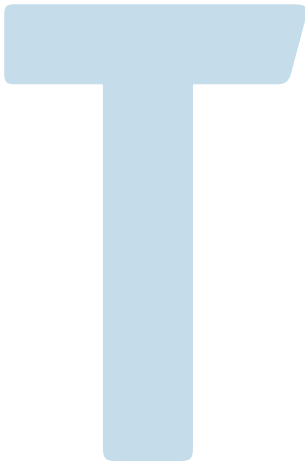
COSTA, E.S.; PINON, G.M.B.; COSTA, T.S.; SANTOS, R.C.A.; NOBREGA, A.R.; SOUSA, L.B. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010. Acesso em 2 dez 14. Disponível em [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4380/1/2010\\_art\\_lbsouza.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4380/1/2010_art_lbsouza.pdf);

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 61, n. 3, Maio-Junho, 2011.;

SANTOS, E.M. Grupo de gestantes: Uma prática a ser incentivada na assistência ao pré-natal. Perspectivas Online, Campos dos Goytacazes, v.1, n.2, p.100-110, 2007.;

SILVA, J.B.F.; BATISTA, M.G.; MAXIMINO, D.A.F.M.; COSTA, C.B.A. Arteterapia como dispositivo de promoção da saúde em grupo de gestantes: relato de experiência. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, v. 12, n. 2, 2014.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestantes; Ansiedade; Educação em Saúde; Promoção da saúde;



# TRATAMENTO DA LESÃO DO NERVO RADIAL COM ACUPUNTURA – UM ESTUDO DE CASO

*Jacques Madean Lira da Silva*

**INTRODUÇÃO:** Os nervos do membro superior são originados no plexo braquial e possuem o risco de serem comprimidos em diversos e bem determinados locais por onde passam. Esses locais podem ser túneis osteofibrosos, septos musculares, músculos, bandas fibrosas, etc. (SIZINIO e XAVIER, 1998). A lesão do nervo radial é definida como uma lesão comum e de escasso tratamento (MAIA, 2012), ocasiona dor e impossibilidade de movimentação do antebraço e punho. O sinal clínico característico da lesão de Nervo Radial é a “queda do punho”, situação está em que os músculos extensores não conseguem exercer sua função, de modo que a movimentação pela qual são responsáveis fica prejudicada ou até mesmo nula (MAIA, 2012) “Na China, ainda que de forma empírica, existem relatos de mais de 100.000 casos de paralisia de Bell (paralisia do VII par) tratados com acupuntura, índice de sucesso de 92%” (STUX & POMERANZ, 2004, p. 33).

**OBJETIVOS:** Este estudo de caso teve como objetivos promover redução do quadro algico e paralisia moderada/grave diagnosticada e constatada em avaliação clínica; melhorar a qualidade de vida do paciente; verificar o efeito da estimulação nos pontos propostos diante da avaliação energética da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

**MÉTODOS:** Maria Vitória, 34 anos, servidora pública, apresentou-se relatando paralisia e dores na porção médio-distal do membro superior direito (antebraço e punho), chegando a dor até 10 numa escala subjetiva de dor entre 0 (zero) e 10 (dez) quando da tentativa de movimento. O diagnóstico do neurologista e devido exame especializado foi de Lesão do Nervo Radial D moderado/alto. Após convite, explicação do processo e devida assinatura do termo de consentimento, foram realizadas 04 (quatro) sessões, onde foram feitas avaliações de pulso, língua, bem como outras comuns à Medicina Tradicional Chinesa, que culminou na utilização de pontos da estação referida, CS6-, BP4-, C3+, IG4+, F3+, VG24-, P7-, Yintang-, e tonificação de pontos locais (Ah shi). Tais procedimentos ocorreram em consultório climatizado (27°) em decúbito dorsal, e utilizadas agulhas (20x30) e auriculares descartáveis, álcool 70% antes e após aplicações, e recursos de suporte: cristais radiônicos, magnetos. Moxa elétrica Fisiolux.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A idiosincrasia do tratamento em MTC dificulta uma avaliação precisa dentro dos ditames da ciência atual. Isso porque a Medicina Chinesa inclui dentro de sua abordagem elementos que não podem ser repetidos em pormenores ou mensurados, tais como a “intenção da agulha”, que é a relação do terapeuta com sua paciente e a devida vontade de cura, ou ainda o estado de “pureza do terapeuta” para o tratamento dos pacientes (SOBRINHO, 2015). Muito embora esse tema esteja sendo considerado pela Física Quântica por acontecimentos como “Experimento da fenda dupla” (SILVA & PRESTES, 2013, p. 171-184) Ficou claro na presente prática que a utilização da Acupuntura de suporte (auricular com agulhas, magnetos, cristais radiônicos ou sementes) foi importante para a manutenção extra-consultório, fazendo com que o tratamento sintomático corroborasse com e harmonização energética, proporcionando inclusive que a sensação de conforto se prolongasse. Percebeu-se também que o profissional não pode excluir as “patologias/sintomas secundários”, uma vez que estes podem interferir nas energias do paciente, tais como conteúdos emocionais e desgastes físicos (ambos consumidores de Qi). Assim, fica evidenciando que um trabalho paliativo poderia não seria tão eficiente, pois descartaria o que não fosse demandado na consulta. Enquanto que numa harmonização energética da MTC não tem como o profissional se furtar de tratar, tendo em vista que o próprio organismo “relata” os pontos que devem ser utilizados, por meio do diagnóstico pulsológico, iridológico e da avaliação da língua, etc. Quanto aos resultados da queixa inicial, a paralisia e a dor, houve reestabelecimento dos movimentos

acima de 90%. Quanto às dores de 10 (1ª sessão) para 1 (4ª sessão) e somente na região condizente com o primeiro quirodáctilo (polegar) direito, e com sensação de descanso relativamente melhorado. Um dado importante é que a paciente Maria Vitória, já estava em outros acompanhamentos terapêuticos, como “fisioterapia” (SIC). Entretanto, percebemos que não há interferência destes nos resultados obtidos neste estudo, visto que, somente após a sessão acupuntural foi que houve 50% de recuperação “instantânea”, em relação ao tempo que vinha sendo acompanhada, não antes.

**CONCLUSÃO:** Neste estudo de caso observou-se uma eficácia alta da Acupuntura no tratamento da Lesão do Nervo Radial com comprometimento moderado/alto. Ressalta-se, entretanto, necessidade de mais estudos randômicos, multicêntricos e com grupos controlados para verificar um melhor desenho do protocolo.

## REFERÊNCIAS:

MACIOCIA, Giovanni. Fundamentos da Medicina Chinesa, São Paulo, Ed. Roca, 1996.;

SILVA, Cibelle C.; PRESTES, Maria E. B (org.). Aprendendo ciência e sobre a natureza: abordagens históricas e filosóficas. São Carlos, 2013.;

SILVA, JEFFERSON L. B.; GAZZALLE, Anajara; TEIXEIRA, Cássio. Conduta atual nas síndromes compressivas do membro superior. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (2): 169-174, abr.-jun. 2009.;

SIZÍNIO Hebert; XAVIER, Renato. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre. ArtMed,1998.;

STUX, G.; POMERANZ, B. Bases da acupuntura. São Paulo: Premier, 2004.;

WEN, Tom Sintan, Acupuntura Clássica Chinesa. São Paulo: Cultrix, 2006.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Nervo Radial; Medicina Tradicional Chinesa; Acupuntura; Dor;



# ADAPTAÇÃO DE UMA FAMÍLIA E PUÉRPERA ACERCADO CÂNCER COLOR RETAL: UM ESTUDO DE CASO COM APLICAÇÃO DA TEORIA DE ROY

*Leidy Dayane Paiva de Abreu  
Glícia Mesquita Martiniano Mendonça  
Raquel Xavier Guimarães  
Ana Hirley Rodrigues Magalhães  
Francisca Emanuela Paiva de Abreu  
Francisca Alanny Araújo Rocha  
Maria Adelane Monteiro da Silva*

**INTRODUÇÃO:** A influência da gestação na carcinogênese é desconhecida. Não é conclusivo que a elevação dos níveis de estrógeno, progesterona e prolactina durante este período possam estimular o crescimento tumoral. Diferentemente da população em geral, durante a gravidez, o câncer de colo retal tem predominância pelo reto, sendo que, em 80% dos casos, localiza-se abaixo da reflexão peritoneal. Nos tumores acima da reflexão peritoneal, a distribuição é semelhante à da população. Esta predominância de acometimento retal não é totalmente entendida, sendo aventada a hipótese de maior realização de exames pélvicos durante a gestação (SKILLING, 1998). Utilizou-se para o estudo a teoria de Adaptação de Calista Roy. A teoria de Roy (1999) promove respostas adaptativas influenciadoras de modo positivo no processo saúde doença, segundo NETO e NÓBREGA (1999).

**OBJETIVOS:** O estudo de caso tem como objetivo estabelecer relações entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional e os problemas de adaptação segundo o Modelo de Adaptação Calista Roy em uma família e uma puérpera com diagnóstico de câncer de colorretal em um hospital de referência do município de Sobral/Ceará.

**MÉTODOS:** A puérpera estava internada na Santa Casa de Misericórdia, Sobral/Ceará, mais especificamente na clínica São José, nos meses de outubro a dezembro de 2014. A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de enfermagem e da utilização do diário de campo, do exame físico, seguindo as etapas descritas no Modelo de Adaptação e da Taxonomia II da NANDA Internacional. Em seguida, estabeleceu-se a relação entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional e os problemas de adaptação de Roy. Os dados foram agrupados em quadros e analisados segundo o Modelo de Adaptação e a literatura pertinente ao tema. O estudo está em consonância com a Resolução 466/12.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** FGM, 24 anos, reside em Bela Cruz, Ceará, dona de casa, casada, mora com GTJ, 25 anos, ensino médio, motorista e sua mãe, 47 anos, técnica de enfermagem. FGM foi submetida ao parto Cesário no dia 29/09/2014. No momento da cirurgia FGM teve um achado de tumor de sigmoide associado à adenocarcinoma. Foram encontradas relações entre os seguintes diagnósticos de enfermagem/problemas adaptativos: adaptação prejudicada, processos familiares interrompidos, conflito no desempenho do papel de pai/mãe, amamentação ineficaz, ansiedade, ansiedade relacionada à morte, conhecimento deficiente sobre a doença, baixa autoestima situacional. Observou-se que os diagnósticos de enfermagem estipulados pela NANDA Internacional e pelo Modelo de Adaptação possuem semelhança. A partir dos diagnósticos/problemas adaptativos identificados na paciente, pôde-se perceber a quantidade de problemas pelos quais a paciente em pós-operatório vivencia, necessitando, portanto, de intervenções de enfermagem, tais como: trabalhar a autoestima situacional relacionado a bolsa de colostomia. A enfermagem, por sua vez, tem como finalidade promover respostas adaptativas e minimizar as respostas ineficazes (ROY; ANDREWS, 1999). Com as intervenções de enfermagem foi observado uma melhoria em relação a adaptação da família e puérpera em relação ao ambiente hospitalar. Foi explicado pela equipe de enfermagem que a paciente iria realizar o exame de retossigmoidoscopia assim como uma aceitação da puérpera do possível problema. Segundo NANDA (2011) os processos familiares interrompidos são mudanças nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família. Em muitos momentos o pai da

1 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE - 2 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UEVA - 3 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UEVA - 4 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UEVA - 5 - INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA - INTA - 6 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. SOBRAL/CEARÁ - 7 - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UEVA.

criança expressou a preocupação com a mãe e esquecendo da filha, muitas vezes demonstrando “preferência” pela mãe. Isso é observado no estímulo focal, que no primeiro momento relacionaram a doença com o nascimento da filha, deixando de lado os cuidados com a criança. Esse diagnóstico é identificado no conceito a pessoa, mais especificamente no modo da função do papel que identifica os padrões de interação social da pessoa em relação aos outros, refletidos por papéis primários, secundários terciários. Áreas selecionadas de foco incluem o processo de identidade do papel e do domínio do papel (ROY; ANDREWS, 1999). O uso da Teoria da Adaptação de Roy associado aos diagnósticos da NANDA Internacional auxilia a enfermagem a empoderar seu cuidado, pois pauta-se em um cuidado qualificado e justificado em bases científicas. Sem as teorias para guiar sua prática, a enfermagem tornaria-se uma disciplina meramente tecnicista, baseada no senso comum e na tradição, subserviente às ordens de outros profissionais e desprovida de cientificidade. Em contrapartida, os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional classificam os problemas de enfermagem encontrados no indivíduo, família e comunidade, dessa forma, padroniza a linguagem, de forma a torná-la internacionalmente compreendida, além de conduzir as intervenções e resultados.

**CONCLUSÃO:** Percebeu-se no estudo que grande parte dos problemas adaptativos segundo o Modelo de Roy, manifestados pela puérpera e família, quando diagnosticada com câncer de colorretal e no pós-operatório de da bolsa de colostomia possuem semelhança com os diagnósticos da NANDA-I. Observa-se também, que apesar dos diagnósticos expressarem a dificuldade de adaptação, notou-se a conquista da interação interpessoal da família, puérpera e profissionais de enfermagem, com melhora da interação da puérpera, família e do binômio mulher/criança acerca da doença. Ao longo da prática assistencial, conquistou-se a transformação de muitas respostas ineficazes em adaptativas, bem com a potencialização destas.

## REFERÊNCIAS:

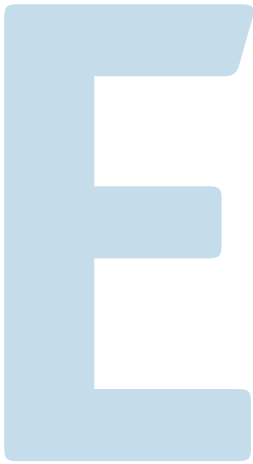
NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011. Porto Alegre (RS): Artmed Editora; 2011.;

NETO, D. L. & NOBREGA, M. M. L. da, Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. Rev. Bras. Enf, Brasília, v.32, n.2, p. 233-242. abr/jun; 1999.;

ROY C, ANDREWS HA. The Roy adaptation model. Stamford (USA): Appleton e Lange; 1999.;

SKILLING JS. Colorectal cancer complicating pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 1998;25(2):417-21;

**PALAVRAS-CHAVE:** Família; diagnóstico de enfermagem; câncer; teoria de enfermagem; puerpério;



# ESTUDO DE CASO: FALHA DE CONTADORES ELETRÔNICOS EM PACIENTE APRESENTANDO MACROPLAQUETAS

*Maria do Carmo Soares de Azevedo*

*Naiza Silva Ribeiro*

*Silvia Alcântara Vasconcelos*

*José Felipe Pinheiro do Nascimento*

*Joana Carolina Viana Lima*

*Maria Jaqueline Mesquita*

*Lígia Fernanda Vieira Borges*

**INTRODUÇÃO:** Sem a habilidade e a velocidade dos contadores automatizados em hematologia, os laboratórios clínicos seriam incapazes de analisar o grande volume de amostras que recebem. A impedância elétrica é a medida utilizada na maioria dos contadores automáticos. Os equipamentos Sysmex: XS 1000 e XT 4000 utilizam dessa tecnologia. As partículas medindo entre 2 e 20 fL são contadas como plaquetas, enquanto aquelas medindo mais de 36 fL são contadas como eritrócitos. Já o aparelho Advia 120/ Siemens utiliza como tecnologia o método de sinal a laser. Amostras com plaquetas gigantes, apesar de apresentarem volumes que incidam no intervalo limite para contagem de eritrócitos (> 30 fL), não são computados como glóbulos vermelhos, mas sim como plaquetas. As amostras de sangue com baixa contagem de plaquetas devem ter as lâminas examinadas ao microscópio. Para esse fim são utilizados métodos indiretos como o de Fônio em que as plaquetas são contadas em esfregaços de sangue em lâminas coradas.

**OBJETIVOS:** Avaliar a metodologia impedância com a metodologia a laser e comparar com o método manual de fônio.

**MÉTODOS:** Foram coletadas 3 amostras de sangue, em dias diferentes, com EDTA de um paciente que apresentava macroplaquetas. As amostras de sangue foram processadas nos contadores: XS 1000/Sysmex, XT 4000/Sysmex e Advia 120 / Siemens. Foram confeccionadas lâminas sem EDTA para contagem manual.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A primeira, a segunda e a terceira amostra de sangue foram processadas nos aparelhos: XT 4000/Sysmex; XS 1000/ Sysmex e Advia 120/Siemens. Os resultados de contagens de plaquetas foram : no aparelho XT 4000/Sysmex : 81 000/mm<sup>3</sup>; no aparelho XS 1000/Sysmex: 72 000/mm<sup>3</sup>. No aparelho Advia 120/ Siemens: 133 000/mm<sup>3</sup> . O método de fônio foi realizado e a contagem de plaquetas encontrada foi de : 156 000/mm<sup>3</sup>. Na segunda amostra o resultado da contagem de plaquetas foi: no aparelho XT 4000/Sysmex : 62 000/mm<sup>3</sup>; no aparelho XS 1000/Sysmex: a mesma contagem do aparelho XT 4000/Sysmex (62 000/mm<sup>3</sup>). No aparelho Advia 120/ Siemens: 137 000/mm<sup>3</sup> .O método de fônio a contagem de plaquetas foi de : 250 000/mm<sup>3</sup>. Na terceira amostra foram encontradas: no aparelho XT 4000/Sysmex : 18 000/mm<sup>3</sup>; no aparelho XS 1000/Sysmex: 15 000/mm<sup>3</sup>. No aparelho Advia 120/ Siemens: 55 000/mm<sup>3</sup>. No método de Fônio a contagem de plaquetas encontrada foi de : 192 000/mm<sup>3</sup>.

**CONCLUSÃO:** A tecnologia de contagem a laser utilizada pelo Advia 120/Siemens apresenta resultados mais precisos que contadores que empregam a tecnologia de impedância. A contagem manual de plaquetas pode ser utilizada sem prejuízos para o diagnóstico do exame, porém o método de Fônio requer experiência do microscopista.

## REFERÊNCIAS:

Contagem de plaquetas: conceitos e inovações. Disponível em:. Acesso em: 29/06/2014.;

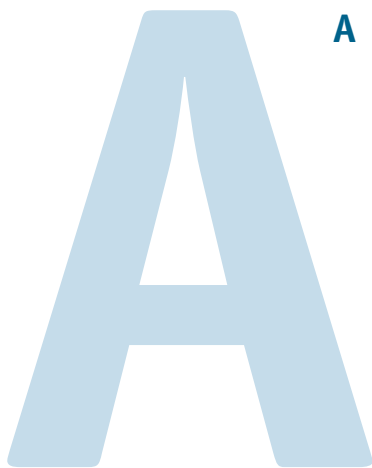
FAILACE, R. Hemograma: Manual de interpretação. Porto Alegre: Artmed,2009.;

LEITE, L. A. C; JUNIOR, N. M. S; MIRANDA, M. S. Comparação entre a contagem de plaquetas pelos métodos manual e automatizado. Revista News Lab. São Paulo ,81: 106-114,2007..Acesso em:16/08/2015.;

NGUYEN, A. N. D; SUNHEIMER, R. L; HENRY, J. B. Princípios da instrumentação. In: Diagnósticos Clínicos e Tratamentos por Métodos Laboratoriais. 20.ed . São Paulo: Editora Manole. 2008; 3:78.;

OLIVEIRA, R.A.G.O. Hemograma: como fazer e interpretar. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2007.;

**PALAVRAS-CHAVE:** Hematologia; Plaquetas; Automação;



## A LOUCURA E A FAMÍLIA: SOBRECARGA FAMILIAR GERADO PELO CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

*Adriane Serra Verde Abreu de Carvalho*

*Nelson Silva Rodrigues Júnior*

*Renata Barreto da Silva*

*Vanussa Cantanhede da Costa*

**INTRODUÇÃO:** Muitos movimentos foram idealizados e concretizados para que a Saúde Mental pudesse fazer parte da rede comunitária integrada às políticas de saúde preconizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A volta para a comunidade é condição sinequanon para um tratamento eficaz, contudo ainda existem lacunas quanto o amparo as famílias que recebem esse indivíduo a ser reabilitado. **OBJETIVOS:** Investigar quais impactos psicossociais são gerados no dia-a-dia da família a partir do diagnóstico de transtorno mental, refletindo acerca de como a reinserção social atinge a esfera familiar.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão sistemática, de metassíntese qualitativa, acerca da sobrecarga familiar gerada pelo cuidado ao portador de transtorno mental. Foram acessados 16 (dezesesseis) artigos sobre o tema proposto, assim como 14 (quatorze) livros publicados, todos entre o período de 2000 a 2014, utilizando os seguintes descritores: doença, família, transtorno mental, saúde mental, sobrecarga familiar e cuidado da família.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre as produções científicas fichadas, 9 (30%) versavam sobre a história da saúde mental e sua construção social, assim como a sua inserção nas pautas de saúde pública. Esses estudos demonstraram que a doença mental é apreendida mediante produção cultural, sofrendo modificações até os dias atuais. Sobre o adoecimento, 2 publicações (6,8%) constataram que o processo do adoecer influencia significativamente a dinâmica familiar, gerando sentimentos de desproteção e ruptura no cotidiano, mobilizando o estado psicológico tanto do enfermo como da família. Sobre a relação transtorno mental-sobrecarga familiar, 13 (43,4%) artigos trouxeram a relação explícita de sobrecarga gerado pelo cuidado ao portador de transtorno mental, evidenciando que o diagnóstico altera a meio familiar, sua organização financeira, social e psicológica. O retorno do enfermo para a esfera doméstica faz emergir diversos sentimentos, como angústia, medo e vergonha, o que cria margem para o desequilíbrio da união familiar. Dentre esses artigos, apenas 2 (6,8%) indicam pesquisas envolvendo o cuidado com a família e ações que insiram a mesma em terapêuticas de acompanhamento e suporte.

**CONCLUSÃO:** A forma de cuidado evoluiu no decorrer dos anos e proporcionou a derrubada de barreiras físicas e sociais, transformando a família em mecanismo de reabilitação ao doente mental, entretanto ações devem ser organizadas para que o amparo seja expandido para além do paciente. Os estudos demonstraram que há uma falha na comunicação entre família-equipe de saúde, acarretando desconhecimento da realidade do transtorno, assim como das redes de assistência. Propõe-se expandir os saberes, de forma educativa, explorando as possíveis realidades do cuidado, visando à aproximação família-redes de apoio a fim de fornecer a assistência necessária a família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sobrecarga Familiar; Desinstitucionalização; Saúde Mental;